

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

EXTRACTION D'UN VOLUMINEUX SÉQUESTRE
DES FOSSES NASALES
(OPÉRATION DE ROUGE)

Par le Dr **Aimé GUINARD**, chirurgien des hôpitaux.

Je viens de pratiquer l'opération de Rouge pour aborder les fosses nasales et les sinus maxillaires. J'ai été frappé des avantages que présente ce mode d'intervention qui n'a pas, selon moi, dans la rhinologie en France, la place importante qu'il mérite. Aussi je crois utile de rapporter dans tous ses détails l'observation suivante.

I

M. X... âgé de 34 ans, est originaire du Haut Rhin. Il a toujours eu une excellente santé ainsi que ses frères et ses parents. En 1890, il a été pris d'accès fébriles revenant chaque soir, et il a consulté un médecin militaire qui a diagnostiqué la syphilis et a prescrit un traitement au mercure et à l'iodure de potassium, suivi strictement jusqu'à la fin de 1892. Les cheveux qui, au début tombaient abondamment, repoussent à ce moment-là. Le malade fait alors un voyage en Algérie, où des accidents du côté des fosses nasales commencèrent à apparaître : il se plaignait surtout de douleurs névralgiques très vives dans la face. Son médecin de Constantine l'envoie à Alger où un chirurgien croit inutile toute opération et prescrit un traitement mixte au mercure et à l'iodure de potassium. Les douleurs continuent si intenses qu'au commencement de 1893, le malade « perd sa lucidité d'esprit ». Il quitte l'Algérie en juin 1893 et consulte

différents médecins en Suisse, en Alsace et enfin à Paris. Le professeur Fournier, après avoir prescrit un traitement spécifique à hautes doses, m'envoie le malade en novembre 1894 et je constate l'état suivant.

M. S... paraît de vigoureuse constitution : il ne se plaint actuellement que de trois symptômes qui, il est vrai, présentent une intensité extraordinaire. C'est d'abord un écoulement par le nez de liquide infect et saigneux avec des masses caséiformes. Il salit dix à douze mouchoirs dans la journée. En second lieu, il répand autour de lui une odeur repoussante qui l'empêche absolument d'exercer sa profession : toute relation lui est impossible : il vit absolument seul et son moral est dans l'état le plus déplorable. Enfin, il a une petite perforation de la voûte palatine qui le gêne surtout pour avaler les liquides. A l'examen on voit tout d'abord une asymétrie notable de la face. La région du sinus maxillaire droit est saillante et douloureuse à la pression. Le nez a conservé sa forme. Lorsqu'on introduit un stylet dans les fosses nasales, on tombe dans un magma caséux qui cache un séquestre volumineux enclavé sur la ligne médiane au niveau du plancher des fosses nasales, à l'insertion de la cloison. Ce séquestre se perçoit aussi bien par la narine droite que par la gauche. Ajoutons que par l'étroite perforation de la voûte palatine qui s'ouvre dans la bouche, on arrive aussi sur le séquestre en question.

Dans ces conditions, il me semble évident qu'une opération s'impose et je conseille l'opération de Rouge qui est acceptée par le malade ; surtout, je dois le dire, quand il s'est bien rendu compte qu'elle ne laisserait aucune cicatrice visible sur le visage. Le 7 novembre je procède donc à l'opération de Rouge. Le malade étant profondément chloroformé, je le place dans la position de Rose, la tête en hyperextension, renversée sur les genoux d'un aide. Je fais une large incision le long du sillon vestibulaire supérieur de la bouche, ce qui me permet de décoller aisément la lèvre supérieure des parties sous-jacentes et, d'un coup de ciseau, je détache le cartilage de l'épine nasale. Je pénètre alors aisément avec le doigt dans les fosses nasales et je constate la présence d'un volumineux séquestre constitué en partie aux dépens de la cloison et surtout de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. Ce séquestre est très nettement mobile ; il est entouré d'une quantité extraordinaire de masses pultacées, grisâtres, infectes, que j'enlève avec une grosse curette. Je saisis ensuite le séquestre avec un davier et je

l'extrais sans la moindre difficulté. J'effondre alors la paroi externe de la fosse nasale droite et je pénètre avec le doigt dans le sinus maxillaire droit qui est bourré de masses infectes semblables à celles qui remplissaient les fosses nasales. Je nettoie complètement le sinus avec la curette. Explorant ensuite la fosse nasale gauche, je m'assure que le sinus maxillaire de ce côté n'est pas envahi et que la voie est complètement libre jusque dans l'arrière-cavité et le pharynx. Je bourre toute cette cavité avec de la gaze iodoformée et j'ai soin de faire ressortir l'extrémité des mèches par l'orifice des narines. Toute hémorrhagie est ainsi tarie, et je me borne à rabattre les parties molles du nez et la lèvre supérieure au-devant de l'orifice osseux des fosses nasales. Pour bien maintenir ces parties molles en place, je place un point de suture dans le vestibule buccal au niveau du frein de la lèvre supérieure qui est un point de repère précieux pour préciser avec sûreté et exactitude la ligne médiane. Deux points de suture latéraux au catgut consolident la première suture. Le séquestre extrait a le volume et la forme d'une pièce de 2 francs. Il est irrégulier sur les bords, jaune, dentelé, incrusté de masses pultacées infectes. Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le malade n'a pas eu un seul jour une température au-dessus de 37°. Quarante-huit heures après l'opération, j'enlève la gaze iodoformée qui tamponne les fosses nasales : je pratique un lavage copieux de la région et je tamponne de nouveau avec de la gaze, mais cette fois très peu serrée. Huit jours après, le malade reprenait sa vie habituelle et se bornait à faire trois fois par jour des lavages soignés des fosses nasales.

II

Voilà près de six mois que cette opération de Rouge a été pratiquée. J'ai eu l'occasion de revoir souvent l'opéré : il est complètement guéri. Pendant six semaines il y a eu un écoulement séro-sanguinolent assez abondant. J'ai dû à quatre reprises badigeonner les parois des fosses nasales avec de la teinture d'iode pure ; mais actuellement tout écoulement a disparu et le malade ne se plaint d'aucune sorte de malaise. Il est surtout reconnaissant, il faut y insister, de n'avoir pas de cic-

trice visible sur le visage. Je l'ai encore vu récemment : il est sur le point de se marier. Pour le guérir, on pouvait aborder le séquestre par la rhinotomie médiane, ou par la voie palatine. Il était impossible de songer à l'extraire par les voies naturelles. La voie palatine aurait conduit à des délabrements considérables, car, ainsi que je l'ai dit, le séquestre était libre dans les fosses nasales, et n'aurait pu être amené facilement dans la bouche. Restait donc la rhinotomie médiane. J'ai pratiqué deux fois cette opération et je reconnais qu'elle donne un jour très suffisant pour explorer les fosses nasales et pénétrer facilement dans les sinus maxillaires. Je reconnais aussi que la cicatrice ultérieure est beaucoup moins visible qu'on ne pourrait le penser *à priori*. C'est une cicatrice linéaire qui suit très exactement la ligne saillante du nez et qui, au bout de quelques mois, est à peine perceptible à une observation inattentive. Il n'en est pas moins vrai que c'est une cicatrice et que, par là-même, on ne peut affirmer à l'avance qu'elle ne sera pas pigmentée ou chéloïdienne. On sait combien l'aspect des cicatrices est variable suivant les sujets. Certains malades font des cicatrices exubérantes qui rougissent ou bleuissent au froid ; bref, il est bien évident qu'à mérite égal on devra préférer une opération qui n'est pas suivie de cicatrice cutanée. Pourquoi donc hésiter et ne pas recourir dans tous les cas à l'opération de Rouge ? Pour ma part, je ne vois qu'un inconvénient à cette opération. C'est l'extrême abondance de l'hémorrhagie à laquelle elle donne lieu. Cette hémorrhagie est en effet considérable et gêne l'opérateur. Mais il faut savoir que cette hémorrhagie s'arrête spontanément et il suffit de tamponner patiemment dès que les incisions des parties molles sont complètes, c'est-à-dire suffisantes pour mettre à découvert l'orifice osseux des fosses nasales. On aura donc soin de faire rapidement les incisions nécessaires sans s'occuper de l'hémorrhagie, et lorsqu'on en a fini avec le bistouri et les ciseaux, on tamponne pendant le temps nécessaire. Disons aussi que la position de Rose rend les plus grands services. Grâce à la position de la tête en hyperextension au bord d'une table de façon à ce qu'elle repose sur les genoux d'un aide, on n'a pas à redouter la suffocation que produirait l'in-

introduction du sang dans le larynx et la trachée. Quant à la lumière que donne cette incision vestibulaire, elle est très suffisante. Je peux dire qu'elle est tout aussi grande que celle qu'on peut avoir par la rhinotomie médiane. Je crois donc que l'opération de Rouge est indiquée dans tous les cas où on pratique couramment la rhinotomie médiane qu'elle remplace avantageusement.

III

En résumé, je dirai que l'opération de Rouge mérite à tous égards de prendre une place prépondérante parmi les opérations dans lesquelles on se propose d'aborder les fosses nasales. Elle a le grand avantage de ne s'accompagner d'aucune cicatrice visible à l'extérieur, ce qui est bien à considérer surtout quand on opère chez des sujets jeunes. Elle donne lieu, il est vrai, à une hémorrhagie abondante, mais cet écoulement sanguin s'arrête toujours seul, et il suffit de placer l'opéré dans la position de Rose pour que la chloroformisation ne soit pas entravée. Elle donne un accès très large dans les fosses nasales et permet une exploration très facile des sinus maxillaires. Il m'a semblé qu'elle n'avait pas, parmi les rhinologistes français, la faveur qu'elle me semble mériter ; aussi ai-je cru utile d'entrer à son sujet dans les développements qui précèdent.

CONSIDÉRATIONS SUR LES STÉNOSES DU LARYNX NOUVELLE MÉTHODE DE DILATATION

Par le Dr **C. CORRADI**, spécialiste à l'hôpital de Vérone.

Nous connaissons bien les conditions morbides, qui, en général, peuvent, dans certains cas, déterminer une sténose plus ou moins grave du larynx. Nous citerons entre autres la diphthérie, le laryngo-typhus, la laryngite hypoglottique, la syphilis tertiaire ; et aussi l'hypertrophie des tissus mous tapissant l'intérieur du larynx à la suite d'une phlogose, surtout chez les enfants après le croup, soit simple, soit diphthérique, lorsque la trachéotomie pratiquée trop haut a intéressé le cartilage cricoïde, etc.

Il y a toutefois un fait sur lequel il nous semble que l'on n'a pas suffisamment attiré l'attention et qui, même s'il ne suffit pas à provoquer à lui seul une sténose du larynx, peut cependant la favoriser au plus haut degré s'il existe quelque tendance à sa production. Ce fait, qui a une signification très importante au point de vue de l'étiologie, consiste dans la situation irrationnelle de la fenêtre, que l'on ouvre ordinairement à la paroi supérieure des canules, inconvénient qui se produit surtout avec les canules de caoutchouc durci, dont l'usage est universel.

Supposons un enfant convalescent du croup, trachéotomisé. On pense à ôter la canule ; mais si on la ferme avec le doigt on est désappointé de trouver que, bien qu'elle soit fenêtrée et que plusieurs jours soient déjà écoulés, le petit malade ne respire pas. Cependant, si l'on ôtait la canule et que l'on mit le doigt sur la plaie trachéale l'enfant pourrait encore proba-

blement respirer, mais on ne pense jamais à le faire surtout dans ces cas-là.

Toujours est-il que, dans les canules qui se trouvent dans le commerce, la fenêtre est située beaucoup plus en arrière qu'elle ne devrait l'être, de sorte que, surtout pour les enfants, elle ne peut correspondre à l'ouverture inférieure du larynx, ou elle n'y correspond qu'en partie et d'une manière plus ou moins insuffisante, c'est-à-dire seulement à l'angle antérieur. Si peu que la muqueuse du larynx soit tuméfiée par suite de la maladie, cette communication, si elle existe, se réduira à de minimes proportions ou même fera totalement défaut.

En attendant on laisse la canule en place en comptant sur l'action du temps, mais l'état du larynx, soustrait au passage de l'air auquel il est destiné, ne se modifie pas et, abstraction faite de quelque circonstance fortuite ou accessoire, telle que le plus grand développement que prendront les parties, le petit malade conservera sa canule pendant toute sa vie.

Pour empêcher dans ce cas une sténose du larynx, qui a tendance à se produire, il est fort important qu'après la cessation des accidents, le passage de l'air, quoiqu'insuffisant, soit aussitôt rétabli, car sans cela, le jeu des muscles s'effectue d'une manière viciée, ou même ne se produit pas. Il manque aussi cette action sur la résorption, qui, par les contractions des muscles, a une action si efficace sur les tissus muqueux, avec lesquels les muscles sont en rapport.

En outre, il manquera cette action de massage, que l'air exerce de lui-même, d'une manière toute particulière, sur les parties tuméfiées et l'hypérémie *ex vacuo* augmentera. Nous nous trouverons ainsi dans un cercle vicieux et les altérations anatomo-pathologiques ne tarderont pas, si cet état se prolonge, à devenir permanentes.

A la suite de mensurations relevées sur quelques enfants trachéotomisés, âgés de quatre à sept ans, après avoir ôté la canule, nous avons constaté, entre l'ouverture inférieure du larynx et la surface cutanée, une distance moyenne de huit à dix millimètres. Cet espace se réduit évidemment beaucoup lorsque la canule est appliquée, à cause de la compression que la

plaque de la canule exerce sur la peau et sur les parties molles qui se trouvent au-dessous.

Or, dans les canules qui sont ordinairement en vente dans le commerce, la distance entre la surface postérieure de la plaque et l'extrémité antérieure de la fenêtre n'est pas inférieure à 16 ou 17 millimètres. Comme l'ouverture inférieure du larynx chez les enfants présente un diamètre de 5 à 6 millimètres, on comprendra qu'aucune partie, même postérieure, ne peut correspondre avec la fenêtre de la canule et que ce fait doit être facilement vérifié chez les adultes. La fenêtre de la canule se trouvera donc en face non pas de l'ouverture inférieure du larynx, mais de la paroi postérieure de la trachée, comme on peut aisément le constater aussi pour l'adulte, sur une trachée détachée du cadavre.

Cependant, si la respiration se produit quand même, c'est que l'air pénètre dans le larynx, en pressant sur la paroi postéro-supérieure de la canule et déplace celle-ci légèrement en avant, en s'insinuant entre la susdite paroi et la paroi postérieure de la trachée, jusqu'à ce qu'il retrouve la fenêtre où il il entre enfin, si, toutefois, il ne poursuit pas sa route entre les parois de la trachée et de la canule. A ce propos, nous avons quelquefois remarqué que la canule était entièrement obstruée, non à son ouverture extérieure, mais dans les parties les plus basses et que la respiration s'effectuait, quoique avec difficulté. En ce cas, la respiration ne pouvait se maintenir que pour cette portion d'air, qui réussissait à se frayer un passage entre la canule et les parois de la trachée, indépendamment de la fenêtre, qui ainsi ne servait à rien.

Il va donc sans dire que lorsque les circonstances sont défavorables par le volume excessif de la canule, qui lui empêche de s'écarter des parois de la trachée, la respiration ne peut s'effectuer si la canule est obstruée et si la fenêtre est située comme nous venons de le dire. Ainsi, une parésie plus ou moins prononcée de plusieurs muscles du larynx ou une turgescence, même modérée, de la muqueuse qui les recouvre, pourront mettre obstacle à l'entrée dans le larynx d'une colonne d'air, suffisante pour produire le déplacement. (La *fig. 1* représente une canule avec fenêtre semblable, modifiée suivant nos

indications (1). Les figures jointes à ce travail, dessinées d'après nature, sont dues à l'obligeance de notre collègue, M. le Dr Riccardo Avanzi).

La sténose du larynx dans son cours ultérieur est favorisée aussi probablement par une canule d'un diamètre trop élevé, car au moment de l'inspiration, lorsque l'ouverture extérieure de la canule est obstruée, la disproportion entre la capacité de la trachée et la quantité d'air qui peut y entrer d'un côté et celle qui est forcée de rester dehors de l'autre, devient toujours plus grande. Il est évident que cette dernière portion d'air exercera une pression du haut en bas, et du dehors au dedans sur le larynx, en rendant ainsi plus sensible le rétrécissement.

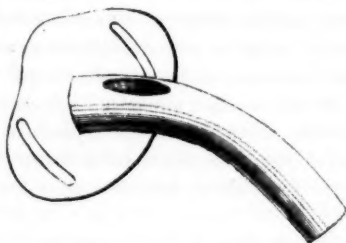


Fig. 1.

La courbe, c'est-à-dire l'angle formé par la partie supérieure sur la partie inférieure de la canule, pourra, si elle est trop accentuée, influencer défavorablement sur la réintégration du passage de l'air par les voies naturelles, car en ce cas la trachée est poussée trop en arrière, de sorte que sa direction, normalement rectiligne sur le larynx, en est fortement altérée et, par conséquent, le passage de l'air du larynx dans la trachée devient plus ou moins difficile.

Quant aux différentes méthodes et aux procédés de traitement des rétrécissements du larynx, ainsi que nous l'avons dit dans une note préliminaire à ce sujet (2), lorsque la tra-

(1) Chez Chiarotto, Carattoni et C. Vérone.

(2) *Gazzetta veneta di scienze mediche*. Tomo XXII. Venezia, Marzo, 1895.

chéotomie a été faite longtemps auparavant, surtout dans les rétrécissements cicatriciels, consécutifs à des ulcérations, des névroses, etc., ou à la suite d'angine diphthérique, nous avons recours à un moyen qui, quoique connu depuis fort longtemps pour le traitement des sténoses en général, est, à notre connaissance, tout-à-fait nouveau pour le larynx. Nous voulons parler de la laminaire en cylindres appliqués en permanence pendant un certain temps.

Maintes considérations conseillent d'écarter, dans certains cas, la méthode de Schrötter, dont on fait aujourd'hui un usage presque exclusif. Sans rien ôter au grand mérite et à la génialité de son inventeur et sans vouloir affirmer que cette méthode n'a pas répondu à l'attente, autant qu'on le croyait ⁽¹⁾, il est incontestable que non-seulement elle est assez compliquée, mais qu'on ne peut l'employer sans une certaine tolérance et le consentement du malade, ce qui n'est pas toujours facile à obtenir, surtout lorsqu'il s'agit de petits enfants. Même par d'autres méthodes moins répandues telles que le dilateur à vis de Schrötter, les canules munies de dilateur bivalve, etc., les résultats ne paraissent pas tout-à-fait satisfaisants.

Si le procédé que nous a fait connaître tout récemment M. Schmiegelow ⁽²⁾ nous offre vraiment le moyen de faire face à une indication fort importante, car l'appareil, une fois en place, fonctionne comme une vraie férule du larynx, nous sommes toutefois d'avis qu'il présente le désavantage, commun à la canule de Dupuis, de permettre à la plaie trachéale de se fermer presque complètement pendant le traitement. Aussi nous trouverions-nous fort embarrassés s'il fallait, ainsi qu'il arrive souvent avec ce genre de malades, appliquer d'urgence une canule trachéale ordinaire.

Les cylindres de laminaire agissent dans tous les sens, avec une pression augmentant d'une manière uniforme sur la surface avec laquelle ils se trouvent en contact. Sans exclure toute réaction, cette dernière, en tous cas, sera toujours

⁽¹⁾ SCHMIEGELOW. — *Revue de laryng., d'otol. et de rhinol.* N° 20, 1894.

⁽²⁾ Loc. cit.

moindre que celle qui peut être provoquée par des instruments métalliques et rigides, tels que les cylindres et les tubes d'ébonite de Schrötter, les dilateurs appliqués aux canules, l'appareil de Schmiegelow, que nous venons de citer, etc., soit par la manière brutale, (non graduée), avec laquelle quelques-uns d'eux doivent agir, soit par leur rigidité. Aussi me semble-t-il que ces instruments rigides doivent provoquer des abrasions, des ulcérations ou des décubitus superficiels, qui exercent une mauvaise influence sur la maladie. Il est certain que tout contact d'un corps étranger avec des tissus vivants causera une réaction, qui sera nécessairement accompagnée de prolifération du tissu conjonctif, c'est-à-dire, dans notre cas, d'une augmentation de la sténose. Il est donc de la plus grande importance que ce contact soit le moins irritant possible. Surtout par la méthode de Schrötter, soit avec les cylindres en étain, soit avec les canules en ébonite, on est fréquemment dans l'impossibilité d'éviter pendant l'application des chocs et des contusions des aryténoïdes et des cordes vocales supérieures, particulièrement lorsqu'on arrive à des diamètres un peu considérables ou que l'on a affaire à une épiglote longue et pendante, qui rend plus difficile l'entrée dans le larynx.

Un fait que l'on observe souvent dans les sténoses du larynx, c'est la concomitance au point rétréci, ou dans ses environs, d'une production plus ou moins abondante de tissu conjonctif, représentée soit par une hypertrophie des cordes vocales, ou des parties situées au-dessous (laryngite hypoglottique), soit par des masses de granulation plus ou moins considérables et à un stade plus ou moins avancé d'organisation. Il nous paraît évident que, contre cet état de choses, on ne pourra intervenir efficacement que de deux manières, c'est-à-dire en extirpant le tissu de nouvelle formation ou en provoquant sa disparition. Si nous prenons le dernier parti, nous ne pourrions pas espérer recueillir d'heureux résultats des procédés de dilatation ayant une action momentanée ou plus ou moins rapide, comme le passage des bougies répété tous les jours, méthode qui est d'une si grande utilité lorsqu'il s'agit exclusivement ou presque exclusivement de rendre de l'élasticité aux tissus.

Dans le traitement des sténoses du larynx, il est nécessaire que l'action dilatatrice, sans être trop irritante, se produise chaque fois pendant un temps plus ou moins long, et même, si faire se peut, d'une manière active. Ainsi les masses de nouvelle formation, qui, dans les sténoses de cet organe, sont généralement en majorité sous une pression suffisamment prolongée et l'ischémie qui s'en suit, s'atrophient, se nécrosent, et finissent par se résorber et disparaître. Voilà pourquoi l'action dilatatrice ne devant pas être trop irritante, surtout pour l'application, les cylindres de laminaire paraissent préférables aux métalliques et aux autres instruments rigides, d'autant plus que, même dans les périodes avancées du traitement, on introduit toujours des cylindres de laminaire relativement minces et qui se dilatent d'eux-mêmes une fois en place.

Par conséquent nous sommes d'avis que dans les vraies sténoses, excepté lorsqu'il s'agit de vaincre quelque coarctation, de rompre quelque bride, quelque adhérence, il faut se servir avec prudence des instruments rigides et surtout des cylindres de Schrötter qui souvent ne remplissent pas leur but.

Il faut ajouter en ce qui concerne les bougies de Schrötter que le mandrin qui les traverse et qui doit être fixé en bas par la pince, empêche non-seulement le contact avec la paroi supérieure de la canule, mais encore qu'ils descendent au-delà d'un certain point. Donc, il pourra se faire que si la région rétrécie est un peu basse on n'exercera sur elle aucune action dilatatrice, mais qu'on la poussera seulement plus ou moins vers le bas en cul de sac.

Quant aux dilateurs bivalves, qui s'appliquent, de bas en haut, après avoir placé la canule, nous ferons remarquer ce qui suit :

a) Leur introduction est souvent difficile et douloureuse, parfois impossible. En effet, elle doit se faire à l'aveugle, le long d'une ligne préétablie, sans prendre garde aux changements éventuels de direction, causés par la maladie ou le degré de la sténose.

b) Bien souvent après l'introduction du dilateur, le malade est dans l'impossibilité de boire, car les liquides s'écoulent

de travers. Ceci prouve que la clôture hermétique du larynx est due, au moins en grande partie, au rapprochement des cordes vocales, qui ne peut avoir lieu lorsque le dilatateur est en place.

c) Les deux valves, comme il est facile de le constater au laryngoscope, sont ordinairement trop courtes, de sorte qu'on ne dilate que la portion la plus basse du conduit sténosé et le traitement demeure quelquefois inefficace. Il est inutile de penser à allonger les valves ; en effet, si leur longueur dépasse une certaine limite on ne peut plus les placer, car ces dimensions excessives empêchent le mouvement de rotation d'avant en arrière et de bas en haut, qu'elles doivent accomplir pour arriver au larynx par l'ouverture de la canule trachéale.

d) La pression de ces valves rigides contre l'intérieur du larynx nous paraît justifier la crainte que leur usage ne produise des abrasions ou même des plaies à décubitus, se terminant par des sténoses encore plus graves que celles qu'on a spignées.

e) L'action des valves s'exerce à des endroits déterminés, dans de certaines limites, et non sur la totalité du larynx, de sorte qu'il peut se faire que les endroits soumis à la plus grande pression ne soient pas ceux qui en aient le plus besoin.

Nos cylindres de laminaire gradués par séries de dix, suivant leur grosseur ⁽¹⁾, longs de deux à trois centimètres, ne s'introduisent pas de haut en bas, comme les cylindres métalliques de Schrötter, mais de bas en haut. Leur application n'exige aucun appareil spécial, pas même le laryngoscope, de sorte qu'au besoin, tout praticien, en quelque lieu qu'il se trouve, peut s'en servir.

Voici comment nous procédons pour l'application : en passant par l'ouverture trachéale, nous introduisons par le dessous une bougie anglaise de petit calibre, que nous faisons sortir par la bouche (*fig. 2*). Au bout de la bougie nous lions un fil, puis nous la retirons en tenant une des deux extrémités du fil en dehors de la bouche, tandis que l'autre sort par l'ouverture trachéale. Nous fixons à cette extrémité infé-

(1) Chez Chiarotto, Carattoni et C. Vérone.



Fig. 2.

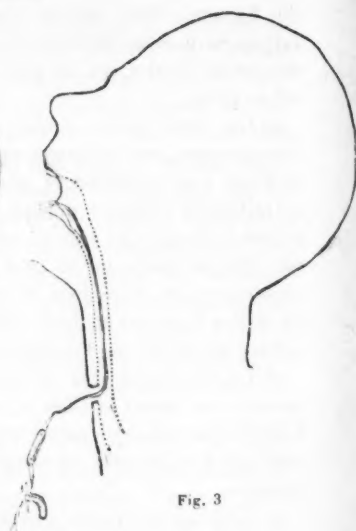


Fig. 3.

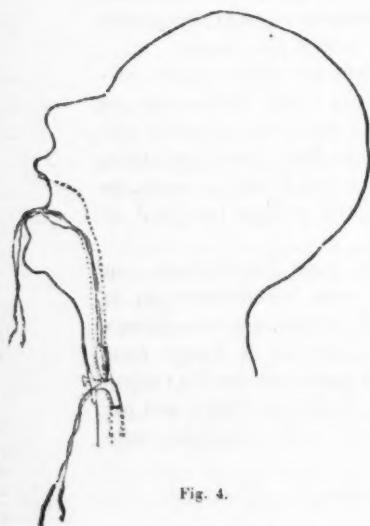


Fig. 4.

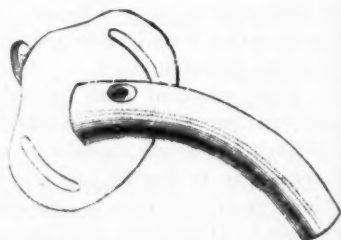


Fig. 5.

rieure, un autre fil très solide auquel le cylindre de laminaire est attaché par son extrémité supérieure. Par l'extrémité inférieure du cylindre passe un autre fil, qui doit être introduit dans un trou pratiqué au fond d'une dépression de la paroi supérieure de la canule construite selon nos indications. (*fig. 5*).

Cela fait, nous tirons en haut le cylindre, dans le larynx (*fig. 3*), ce qui est très facile, nous plaçons la canule et nous tirons enfin le fil inférieur hors de l'ouverture de celle-ci, en le fixant au cou par un morceau de cérat, après l'avoir tourné deux ou trois fois autour d'un petit bouton situé à la partie supérieure du pavillon de la canule. Ainsi nous sommes certains d'immobiliser le cylindre de laminaire et d'empêcher qu'il ne se déplace en haut.

Pour reconnaître si le fil inférieur est tiré convenablement, de façon à ce que l'extrémité inférieure du cylindre de laminaire se trouve en contact avec la paroi supérieure de la canule et, si c'est possible, engagée dans le creux qui y existe, nous nous aidons soit par un signe noir pratiqué préalablement sur le fil, soit par le laryngoscope, ou par le doigt, qui poussera aussi en bas le cylindre, si par hasard il était remonté un peu trop. Quand on veut ôter l'appareil on coupe le fil inférieur et on tire en haut le fil supérieur, qui lui aussi est fixé par un morceau de cérat au cou ou à la joue. Il est évident qu'en raison du volume qu'atteint le cylindre en quelques heures son extraction ne peut s'effectuer que par le haut, quoique son introduction ait lieu par le dessous, de même qu'il n'est pas nécessaire que le fil inférieur, qui ne sert qu'à maintenir le cylindre, soit aussi solide que le supérieur.

On pourrait aussi, dans l'application, attacher le cylindre de laminaire au bout du fil sortant par la bouche, puis tirer en bas l'autre bout sortant par la plaie trachéale, reproduisant ainsi exactement le procédé de Belloc pour introduire un tampon dans l'espace naso-pharyngien. Nous avons trouvé plus opportun de nous en tenir au procédé que nous venons de décrire, car il nous permet de suivre et de mieux surveiller le cylindre de laminaire à son entrée dans le larynx.

Pour le moment nous pouvons dire que les malades tolèrent fort bien la dilatation par cette méthode, qui doit être très

efficace lorsque les circonstances sont favorables, car le cylindre atteint en très peu de temps un triple ou quadruple volume, et les parties ne subissent aucune irritation. Quoique, peut-être, préférable au point de vue chirurgicalement esthétique, nous ne nous sommes pas arrêtés à l'idée de recourir à des canules rigides revêtues de laminaire ou d'éponge préparée pour être introduites de bas en haut après avoir appliqué la canule trachéale. A part que leur utilité aurait été négative, vu qu'il faut toujours retirer l'appareil dilateur au bout de quelques heures, nous y avons renoncé pour éviter plusieurs inconvénients et surtout à cause de la difficulté que l'on aurait rencontrée pour se frayer un passage dans un larynx sténosé et avoir toujours à notre disposition des dilateurs de dimensions nécessaires, ce qui est facile avec les cylindres de laminaire.

Dans les intervalles, entre les différentes applications des cylindres de laminaire pour maintenir la dilatation, nous introduisons dans le larynx, par le même système, un tube de gomme molle, qui peut rester en place deux ou trois jours, et même davantage, c'est-à-dire jusqu'au moment de l'introduction d'un nouveau cylindre de laminaire. Le tube de gomme permet aussi de tenir la canule fermée, ce qui est fort important pour habituer surtout les enfants à respirer de nouveau par les voies naturelles ; dans ce but, il faut cependant se servir de la canule en gomme vulcanisée.

Il y a des canules métalliques (canules de Wegner), que l'on peut introduire de bas en haut par une fenêtre pratiquée dans la paroi supérieure de la canule trachéale, qui permettent aussi de tenir la trachée fermée. A ce sujet nous répéterons ce que nous avons dit pour les dilateurs bivalves, abstraction faite en ce cas de la difficulté d'avoir chaque fois à notre disposition la canule de dimensions nécessaires.

Dans la canule d'ébonite, la plaque à laquelle on attache les cordons, comme nous le voyons dans les canules ordinaires, surtout en gomme vulcanisée, est légèrement mobile sur le reste de l'appareil. Cette mobilité sert évidemment à rendre la trachée un peu indépendante dans les différents mouvements de rotation et de flexion du cou. Au contraire, les canules

servant à l'application des cylindres de laminaire, qui d'ailleurs ne sont destinés à rester en place que quelques heures, sont d'un seul morceau, ce qui contribue à leur plus grande stabilité.

Elles sont en métal. Toutefois, on peut les faire également en caoutchouc vulcanisé et, si on veut, on peut aussi les munir de contre-canule, ce qui, toutefois, est inutile, car elles ne doivent rester en place, ainsi que nous venons de le dire, que quelques heures.

Quant au traitement de la sténose, il va sans dire que, comme par d'autres méthodes, il sera utilement secondé par l'extirpation des masses de granulations végétantes situées autour de la sténose, extirpation qui, parfois, réussit mieux par la voie de la plaie trachéale que par celle de la bouche.

En résumé :

La dilatation du larynx par les cylindres de laminaire est, au moins dans certains cas, préférable à celle par les cylindres métalliques et les instruments rigides en général. Avec notre procédé d'introduction des cylindres dilateurs, nous pouvons atteindre une délicatesse d'application bien plus grande que par toute autre méthode délicate répondant parfaitement à l'organe que nous devons soigner. Par le même procédé on pourra encore, si les circonstances l'indiquent, introduire par dessous dans le larynx des cylindres métalliques soit pleins, soit creux.

Avec les cylindres de laminaire appliqués suivant notre procédé, tout en évitant plus aisément les contusions et d'autres traumatismes et les difficultés que pourrait opposer une épiglote trop longue ou trop pendante, nous arrivons en peu de temps à un degré de dilatation qui dépasse de beaucoup ce que nous pourrions obtenir par n'importe quel autre moyen.

La dilatation produite par les cylindres de laminaire est telle que si, par eux, on n'obtient pas la guérison, il est certain que la sténose ne dépend pas d'une simple rétraction fibreuse ou de la production d'un tissu conjonctif plus ou moins organisé,

mais d'une véritable insuffisance des parties cartilagineuses et que, par conséquent, toute autre méthode demeurerait inefficace, bien qu'en cas d'insuccès nous devions recourir à tous les moyens dont nous disposons. A ce sujet le dilateur à trois branches de Schrötter, qui s'introduit par en bas à travers la plaie, nous semble particulièrement digne d'être recommandé.

Avant de finir nous ferons remarquer que les cylindres de laminaire appliqués suivant notre procédé, pourront être utilisés aussi dans les sténoses consécutives aux adhérences du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx. Entre autres avantages ils seront exempts de l'inconvénient que présentent les tubes de caoutchouc, dont on fait un si grand usage dans cette anomalie et qui n'agissent que dans le sens antéro-postérieur.

III

UN CAS D'ANGINE DE LUDWIG

Par **H. RIPAUT**, Interne à l'hôpital Lariboisière.

M. Ed. 54 ans, d'un tempérament très robuste, entre le 27 novembre 1894 dans le service du Docteur Gouguenheim.

Depuis deux semaines déjà, il accusait de violents maux de dents ; la première molaire inférieure gauche atteinte de carie au quatrième degré nous a paru en avoir été l'origine.

Le malade raconte que le 25 novembre au soir, il a été pris, à la suite de refroidissement, d'un frisson violent, bientôt suivi d'une douleur marquée dans la région maxillaire inférieure gauche, dès le lendemain : trismus et dysphagie.

A l'examen, on constate une tuméfaction *dure*, très sensible au palper, occupant la région sous-maxillaire ; la peau a sa coloration normale ; par la bouche, en dedans du maxillaire, bourrelet saillant, œdémateux, dépassant la médiane vers le côté droit ; le sillon gingivo-labial est normal, la pression sur l'os est indolore, la langue présente une tuméfaction manifeste ; les mâchoires offrent une constriction marquée, la déglutition n'est possible que pour les liquides pris par petite quantité.

Disons enfin que l'examen de la gorge, difficile à faire, est négatif ; celui du larynx impossible.

Température = 39°, 4 ; pouls fréquent.

Le lendemain, 28, la fièvre s'est modifiée.

L'empatement a gagné par en bas jusqu'au niveau du bord supérieur du thyroïde ; la peau a rougi, mais sans œdème, ni point ramolli ; le bourrelet sublingual est très développé, sa consistance nettement fluctuante ; la langue, énorme, porte l'empreinte profonde des dents et est immobile.

L'état général s'est un peu aggravé.

Comme nous avons eu l'occasion de guérir rapidement par une double incision intra-buccale un phlegmon sublingual au mois de février dernier, déjà dans le service de notre maître

le Docteur Gouguenheim, et que, d'autre part, la fluctuation rétro-maxillaire était manifeste, nous pratiquons l'incision buccale suivie de débridement avec la sonde cannelée, et évacuons deux à trois cuillerées d'un pus extrêmement fétide ; drain ; lavages répétés.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, nous sommes appelé en toute hâte près du malade, pris d'une dyspnée paroxystique des plus violentes, ayant débuté une heure avant tout au plus.

En l'espace de cinq heures à peine, l'empâtement s'est étendu au point d'être symétrique ; en bas il masque complètement au doigt la saillie du cricoïde ; œdème des plus accentués jusqu'à la fourchette sternale ; trismus à peu près absolu.

En présence d'une asphyxie imminente et à marche si rapide, la trachéotomie est aussitôt faite.

Elle présenta cette particularité que la section de la trachée de consistance calcaire fut faite, non sans difficulté, à l'aide du bistouri boutonné.

Sur la demande expresse du malade, l'ouverture du foyer fut remise au lendemain.

Elle fut pratiquée sur la ligne médiane par incision antéro-postérieure allant un peu au-dessous de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde, et débridement profond à la sonde cannelée ; il s'écoula en assez grande abondance un pus bien lié et très fétide ; la poche anfractueuse et assez étendue à gauche et à droite fut lavée à la solution chloralée.

À la suite de cette intervention, la température descendit de 2° environ, tout en restant supérieure à 38° ; le trismus persista, et avec lui la dysphagie ; écoulement purulent assez abondant par le drain.

Dans la nuit du 2 au 3 décembre, le malade fut pris d'une vomique, et rejeta un pus infect et sanguinolent ; alors seulement la température s'abaisse à la normale, la dysphagie s'apaise ; au bout d'une semaine environ plus d'expectoration purulente ; le trismus ne diminue que d'une façon relative ; cependant, la suppuration se tarit peu à peu, et, le 20 décembre, le drain put être retiré ; la canule avait été retirée 4 jours après la trachéotomie.

Le malade s'apprêtait à partir à Vincennes quand, le 25, il nous accusa de la douleur sous-mentonnière, et nous constatames en même temps qu'il s'était reproduit de l'empâtement avec œdème et rougeur de la peau.

En débridant la cicatrice, nous donnâmes issue à une petite quantité de pus ; une sonde cannelée pouvait être introduite assez profondément ; l'injection dans le foyer ressortait par la bouche, et, à l'aide du laryngoscope, nous pûmes constater la sortie du liquide par un petit orifice répondant à la partie latérale gauche du sillon glosso-épiglottique.

Le malade fut soigneusement lavé et pansé chaque jour ; actuellement, 19 janvier, l'écoulement intra-buccal paraît tari ; mais il existe encore de la suppuration par l'orifice cutané ; la pression sur le maxillaire inférieur n'est douloureuse en aucun point, il ne nous a pas été donné de constater le moindre séquestre expliquant la persistance de l'écoulement.

De cette observation nous tirerons les conclusions suivantes :

1° La marche des accidents a présenté une rapidité extrême à un moment donné ; l'infiltration des parties molles a presque doublé en l'espace de quelques heures ; l'allure de la dyspnée presque foudroyante nécessitant, en un très court délai, la nécessité d'ouvrir une trachée *calcaire*.

2° Tandis que, dans la plupart des observations, la langue n'a qu'un volume modéré, dans la nôtre elle était énorme comme dans une glossite parenchymateuse ; et les dents y avaient laissé une très profonde empreinte sur tout le pourtour de l'organe.

3° Le trismus cède d'ordinaire assez vite après l'évacuation du foyer ; ici il a persisté intense pendant plusieurs semaines ; et actuellement (7 semaines après le début des accidents) il dure encore d'une façon évidente et gênante pour le malade.

4° L'ouverture intra-buccale spontanée, après évacuation large du foyer cependant par la voie cutanée nous semble intéressante à mettre en relief ; cette coïncidence est bien exceptionnelle ; il faut admettre une deuxième collection, isolée de la première par un cloisonnement quelconque, très profonde, et de laquelle relevait la dysphagie.

La laryngoscopie a permis de trouver l'ouverture interne du foyer, et c'est à ce trajet fistuleux que doit vraisemblablement être rapportée la persistance peu ordinaire de l'affection, par réinfection continuelle du foyer.

Rien ne nous autorise à penser à quelque altération osseuse sous-jacente expliquant la longue durée de la suppuration.

5° Dans un cas de foyer bien limité, à marche non envahissante du côté de la région cervicale, mais proéminent du côté de la région sublinguale, on peut être autorisé à ouvrir par la bouche, quitte plus tard à établir une contre ouverture sous-maxillaire ; ce mode opératoire, si nous nous en rapportons au cas suivi par nous, et où le diagnostic d'angine de Ludwig avait été posé par tous, ne nous paraît donc pas condamnable d'une façon aussi absolue que l'enseignent les auteurs classiques ; elle reste seulement réservée à quelques cas exceptionnels et franchement sublingaux.

IV

EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE CHEZ UN ENFANT DE TROIS SEMAINES

Par **M. RUDAUX**, Interne provisoire des hôpitaux.

(Service de M. le Dr Brun, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades).

Le sinus maxillaire existe à la naissance sous forme d'un diverticule étroit qui s'étend latéralement jusqu'au dessous du canal orbitaire. Pendant longtemps, il demeure à l'état de fente virtuelle, car, même après la sortie des dents de lait, il a peu de place pour se développer, étant gêné par la présence de dents permanentes encore incluses dans le bord alvéolaire. Mais, dès l'issue des molaires permanentes, il s'accroît rapidement, et atteint bientôt ses proportions définitives.

Les auteurs classiques admettent que la suppuration du sinus maxillaire ne commence à se montrer qu'à partir de sept ans, et que sa fréquence ne s'établit qu'à la puberté. Aussi, l'observation suivante constitue-t-elle un fait des plus exceptionnels : car il s'agit d'une suppuration du sinus maxillaire d'origine dentaire, chez un nouveau-né, due à l'éruption prématurée d'une dent au niveau de la fosse canine.

Le 25 août 1894, on amène salle Bilgrain un bébé, Noémie L..., âgée de 2 mois 1/2.

Née à terme cette enfant est élevée au sein par sa mère.

Trois semaines après la naissance la mère s'aperçoit que les paupières gauches sont rouges et œdématisées, aussi la porte-t-elle à l'hôpital Lariboisière où elle fut examinée par M. Frey, interne du service, qui a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants. L'œil ne présente aucune lésion mais il existe du muguet sur les muqueuses gingivale et buccale, en

même temps, on constate au niveau de la fosse canine une dent en éruption prématurée.

Par suite de son implantation sur la face externe du rebord alvéolaire, cette dent se dirigeait obliquement en dehors vers la commissure labiale, elle était très mobile, rattachée seulement à la gencive par quelques fibres ligamenteuses. Cette dent était constituée par un chapeau de dentine contenant la pulpe. L'état d'infection dans lequel se trouvait la bouche de l'enfant ne tarda pas à déterminer secondairement au même niveau une fluxion phlegmoneuse. Quelques jours plus tard, en appuyant sur la région sous-orbitaire, on fit soudre du pus par la narine gauche, à partir de ce moment la suppuration nasale fut continuelle et très abondante. Cinq jours après le pus se fraya un autre passage au dessous de la paupière inférieure. En même temps apparut un abcès en arrière de l'oreille gauche, mais la guérison en fut très rapide. M. Frey juge à propos d'enlever la dent qui avait été le point de départ de la suppuration du sinus maxillaire.

Le 25 août 1884 l'enfant est présenté à M. Brun.

On constate une augmentation de volume de la joue gauche qui paraît indurée à la palpation, et l'issue de liquide purulent, verdâtre, fétide, par la narine du même côté et par la fistule sous orbitaire. Celle-ci est très petite et se trouve en partie cachée dans le sillon orbito-palpébral inférieur très accentué par les dimensions prises par la joue et par l'œdème permanent de la paupière. De l'eau boricuée injectée dans cette fistule sort par la narine. Avec un stylet on constate que le trajet fistuleux se dirige de haut en bas et de dehors en dedans dans la direction de la narine, et on remarque des dégâts assez considérables du côté du maxillaire supérieur dont plusieurs points sont dénudés et rugueux.

Cet examen fait intervenir le jour même. Une petite curette est introduite par la fistule agrandie dans le sinus maxillaire d'où on retire quelques petits séquestres osseux et une dent mobile sur la paroi inférieure de cette cavité ; celle-ci paraît être une petite molaire. Le trajet fistuleux est cureté et drainé avec de la gaze iodoformée.

Le pansement est fait tous les deux jours ; chaque fois on injecte de la glycérine iodoformée par la fistule qui se rétrécit peu à peu, et on ordonne à la mère de faire de fréquentes injections nasales avec de l'eau boricuée.

Vers le milieu de septembre, la suppuration nasale s'arrête

pendant quelques jours pour se reproduire peu de temps après, le même phénomène se répète plusieurs fois de suite.

Aussi le 9 octobre juge-t-on nécessaire une intervention plus radicale.

On fait deux incisions à angle droit, une horizontale dans le sillon orbito-palpébral, une verticale dans le sillon naso-génien, le lambeau est rabattu en bas et en dehors. On pénètre dans le sinus maxillaire en réséquant une petite portion de l'os, on établit une large communication entre le sinus et la fosse nasale correspondante, les parois sont curettées, et la cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Les lambeaux se recollent très vite, il ne persiste qu'une petite fistule qui est complètement oblitérée à la fin de décembre.

Actuellement (mars 1895) il n'existe plus qu'un léger écoulement séro-purulent par la narine, la joue gauche présente un volume un peu plus considérable que la droite, les deux cicatrices sont cachées presque complètement dans les sillons orbito-palpébral et naso-génien et l'état général de cette fillette est excellent.

V

PRÉSENTATION D'UNE MALADE,
GUÉRIE D'UN SYPHILOME ÉNORME
DE LA PAROI LATÉRALE DROITE DE LA GORGE
ET DU COU

Par le Dr **RUTTEN** (de Namur) (1).

A la dernière réunion de la Société des chirurgiens allemands, le 12 avril 1893, Esmarch de Kiel s'exprimait à peu près en ces termes :

« Le sarcome est en certains cas difficile à diagnostiquer.

Certaines maladies, la syphilis notamment, peuvent déterminer des tumeurs sarcomateuses que guérit le traitement antisiphilitique.

Mais, en raison des erreurs fréquentes de diagnostic, les malades sont opérés et succombent aux progrès de l'affection. Le diagnostic précoce est donc important. L'orateur, depuis dix-huit ans, a rapporté une série de cas de ce genre et le moment de la discussion est arrivé aujourd'hui. Il a recueilli dans la science 50 cas de tumeurs traitées pour des néoplasmes malins qui ont été reconnus plus tard pour des syphilomes. La guérison de plusieurs cas, soi-disant sarcomateux avec récidives après opération, fut obtenue par l'iodure de potassium à haute dose.

On ne saurait être trop prudent même à l'examen histologique.

Les cellules embryonnaires, imitant par leur accumulation

(1) Communication à la Réunion des Oto Laryngologistes belges, Bruxelles, 16 juin 1895.

un sarcome, peuvent, en effet, être produites par tout processus inflammatoire vulgaire.

L'actinomycose, notamment, produit des tumeurs d'aspect sarcomateux. »

La lecture de cet article m'a engagé à vous présenter une dame que j'ai guérie, il y a deux ans, d'un syphilome monstre qui a été confondu avec un néoplasme malin par un grand nombre de médecins. Ce cas, dont la place est tout indiquée dans la série recueillie par Esmarch, nous intéresse plus spécialement puisque l'excroissance a commencé par l'amygdale pour envahir après la région rétro-maxillaire. La gomme une fois arrivée dans cette partie du corps, a augmenté de volume dans une proportion alarmante. La cicatrice du cou, longue de 15 centimètres, vous en donne une idée approximative.

OBSERVATION. — M^{me} R., originaire de Jumet-Charleroi, est âgée de 61 ans. Avant cette maladie elle n'a jamais souffert de la gorge, ne se souvient pas d'avoir eu des maux de tête ni d'éruption cutanée.

Elle est mariée à un homme âgé de 63 ans, bien portant et qui n'a jamais eu d'autre maladie qu'une éruption cutanée que la malade appelle la « gale des cheveux » et qui, probablement, n'était qu'une roséole syphilitique.

Leurs enfants, au nombre de cinq : trois garçons et deux filles, dont le plus jeune a 21 ans, jouissent tous d'une bonne santé.

La malade dit ne jamais avoir fait de fausses couches et ne présente aucun signe pouvant faire soupçonner une affection spécifique antérieure. Pas de ganglions cervicaux.

Il y a quatre ans, M^{me} R. a senti se développer dans la paroi latérale droite du pharynx, un corps arrondi, lisse, dur comme un caillou ; elle n'éprouvait d'abord aucune difficulté pour avaler et, à part quelques douleurs sourdes dans la moitié droite de la tête, elle ne ressentait aucune gêne au début de l'affection.

Quelques mois après, la tumeur s'est montrée à l'extérieur sous l'angle de la mâchoire et a pris rapidement un développement énorme.

Les médecins qu'elle a consultés, ont retiré un fragment de l'excroissance de la gorge afin d'en faire l'examen microscopique

et ont ensuite engagé la malade à aller consulter les célébrités de Bruxelles.

Elle alla consulter à l'hôpital St-Jean et accepta immédiatement l'opération radicale qu'on lui proposa. Après avoir passé une douzaine de jours dans le service de chirurgie, salle 43, lit 6, elle fut renvoyée sans être opérée dans le service de médecine. Là, le traitement consista en une application de pommade à l'extérieur et une insufflation de poudre blanche à l'intérieur de la gorge. Elle dit ne pas avoir suivi de traitement interne.

Elle quitta l'hôpital au bout de huit jours pour un fait qui mérite d'être relaté puisqu'il nous éclaire sur le pronostic émis. Un jour, l'aide chargé du traitement, probablement peu convaincu de l'efficacité des insufflations dans la gorge, dirige le jet à côté de la bouche. La dame, lui fit remarquer son erreur, mais il lui est répondu « autant là qu'ailleurs. »

Naturellement, la malade quitte l'hôpital St Jean et retourne chez elle où elle trouve un chirurgien qui se charge de lui enlever la tumeur de la région carotidienne.

Je n'ai pu obtenir du confrère aucun renseignement, mais la cicatrice oblique, longue de 14 centimètres, s'étendant de la mastoïde jusqu'à la clavicule, la durée de l'opération (2 heures), les grandes masses de chair enlevées — elles remplissaient une grande assiette, — vous donnent une idée de la grosseur du néoplasme. L'opérée a guéri en quelques jours.

L'excroissance dans la gorge, qu'on a laissée intacte, a continué à se développer et au moment où elle entrave complètement la déglutition des substances solides, M^{me} R. se décide à venir me consulter.

A l'examen de la gorge, je vois à la place de l'amygdale droite et sur la paroi latérale correspondante, une tumeur ressemblant à une énorme crête de coq. Elle était d'un rouge vineux et bosselée. Au toucher, la tumeur était dure, lisse, immobile et nullement douloureuse. Elle remplissait les trois quarts de la gorge, et descendait trop bas pour en toucher l'extrémité avec le doigt. L'étroitesse de la gorge, d'ailleurs, était telle qu'on avait de la peine à y introduire le doigt. La voix était claire et le nez libre. La malade avalait les liquides, mais depuis quelques jours elle était dans l'impossibilité d'ingurgiter les aliments solides.

A l'état général, maigreur très prononcée de tout le corps, teint cachectique, douleurs lancinantes dans l'oreille droite

qu'elle a d'ailleurs ressenties pendant toute la durée de sa maladie.

Rien d'anormal du côté de cet organe. A un examen plus minutieux de la gorge, je vis que le voile du palais qui était caché en grande partie par la tumeur, avait son bord rongé et présentait des ulcérations à pic très caractéristiques. Ceci, joint à la belle cicatrisation du cou, ne me laissa plus de doute sur la nature du processus et dès cette visite je promis à ma cliente une guérison complète que j'obtins en six semaines par l'iodure de potassium (6 grammes par jour) et des applications répétées d'une solution concentrée de sublimé corrosif sur la tumeur.

Au bout de quelques jours de ce traitement, une dépression d'aspect blanc grisâtre se fit vers le milieu de l'excroissance. La tumeur commença à diminuer manifestement et de convexe qu'elle était, elle devint concave. A ce moment, on constate à la place de l'excroissance une excavation profonde et anormale.

La malade est guérie depuis 18 mois. Son état général n'a jamais été meilleur. Elle a retrouvé ses forces et engraisse d'une façon appréciable. Elle a repris ses occupations journalières et ne se plaint plus de rien.

Il n'y a aucun doute que si la tumeur du cou n'avait pas été opérée, elle aurait cédé au traitement antisyphilitique comme celle de la gorge. Elles ne formaient d'ailleurs qu'une seule et même tumeur. La forte dépression de la paroi latérale droite du pharynx en est encore une preuve évidente.

VI

SUR UN CAS DE RHINOLITHE

Par le Prof. **G. GRADENIGO** (de Turin) (1).

Les calculs du nez sont assez rares pour justifier la publication de tout cas nouveau.

Il s'agit d'une femme âgée d'environ 30 ans, souffrant depuis une dizaine d'années de douleurs de tête intenses, surtout dans la région frontale, qui ont résisté jusqu'alors à tous les modes de traitement. Dans ces derniers temps les douleurs augmentèrent, et se propagèrent du front aux oreilles et à l'occiput ; le nez ne présentait aucun symptôme subjectif particulier, à part une abondante sécrétion de la narine droite.

L'examen objectif révèle une obstruction complète de cette narine, causée par une masse de granulations provenant de la région moyenne du cornet inférieur et moyen, ainsi que de la portion correspondante de la cloison. A l'aide du spéculum mis au contact des granulations qui donnent aisément issue à du sang, on découvre la présence d'une masse pierreuse. La cocaïnisation ne fait gagner que peu d'espace pour la vue : on ne réussit, par un examen attentif, qu'à découvrir que le corps dur présente une surface convexe et qu'il est coloré en noir.

Au moyen des pinces on ne réussit à extraire qu'un fragment de substance dure, noirâtre, friable, mais on a aucune prise sur la masse principale et on doit bientôt renoncer à se servir de l'instrument, car on s'aperçoit que le corps étranger est repoussé plus en arrière par les pinces.

C'est seulement à la seconde séance et à l'aide de crochets boutonnés, introduits entre la masse et les parois nasales jusque

(1) Communication faite à l'Académie Royale de Médecine de Turin, le 12 juillet 1895.

derrière celle-ci, que l'on réussit par d'assez fortes tractions à mobiliser le corps étranger de la masse granuleuse dans laquelle il est renfermé et à l'extraire.

Depuis l'ablation, la malade ne ressent plus ni maux de tête ni écoulement purulent.

Le corps étranger semblait être un calcul. L'examen aimablement pratiqué par notre confrère le Prof. Carbone, lecteur à l'hôpital Mauricien de Turin, donna les résultats suivants.

Le calcul a une forme régulièrement conique ; sa base est convexe ; sa surface présente de légères aspérités. Il est formé d'un noyau central revêtu d'une mince écorce de couleur verdâtre ; aux endroits où celle-ci est déchirée, on aperçoit le noyau couleur de liège ; en sciant le calcul dans son axe principal, on constate qu'il est composé d'un noyau de cerise recouvert de sels inorganiques. Il mesure en millimètres 11-10-9 ; et pèse 0^{gr},645. L'analyse qualitative de l'écorce nous a fait connaître qu'elle renfermait du carbone et du phosphate de magnésie avec des traces de fer.

On remarquera que la malade ne se souvient nullement à quelle occasion ce noyau de cerise peut avoir pénétré dans sa fosse nasale ; selon toute probabilité cette pénétration est survenue dans l'enfance ou dans la première jeunesse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Compte-rendu par le Dr J. E. NEWCOMB, secrétaire de la section.

Séance du 27 mars 1895.

Président : Dr D. BRYSON DELAVAN.

1^o J. S. WATERMANN. — Un cas à diagnostiquer. — Cette malade est une veuve âgée de 43 ans, née en France. Ses antécédents sont négatifs. Depuis la mort de son mari, survenue il y a un an environ, elle a eu à souffrir de nombreux tracas. Elle n'a pas eu d'enfants, mais a fait deux fausses couches. Sa santé a toujours été excellente jusqu'à sa maladie actuelle. Au mois de janvier dernier, elle a eu la grippe. Le 21 février, elle se présenta chez un médecin qui lui dit qu'elle avait un kyste de l'amygdale qu'il allait ouvrir ; après deux tentatives infructueuses il pratiqua une incision profonde suivie d'un fort jet de sang qu'il ne put arrêter. D'autres médecins furent appelés et, grâce à la compression digitale et à des cautérisations énergiques, l'hémorrhagie se tarit finalement, non toutefois sans que la malade fut presque complètement exsangue. Il y a environ quinze jours, elle vint à la consultation laryngologique du Roosevelt Hospital, et à l'examen on vit une tumeur de la loge amygdalienne droite qui persiste toujours. Elle a à peu près la dimension d'une noisette et dépasse la ligne médiane ; les pulsations sont très marquées, et il existe un notable frémissement externe à l'angle de la mâchoire. S'agit-il d'un anévrysme, et, s'il existe, de quelle artère provient-il ?

J. WRIGHT. — J'ai vu cette malade la semaine dernière et j'incline

à croire que la tumeur a légèrement augmenté depuis. La tumeur semblait avoir un caractère anévrysmal, mais je ne m'aventurerai pas à émettre un diagnostic positif. Si l'on admet qu'il s'agit d'un anévrysme, sa situation indiquerait qu'il a son origine dans la carotide externe, probablement dans une branche anormale. J'ai observé deux cas dans lesquels une petite tumeur pulsatile de la paroi postérieure du pharynx semblait produite par le trajet anormal de l'artère pharyngée.

D. H. GOODWILLIE. — Rien que je ne veuille pas exprimer une opinion ferme, j'incline à croire que cette tumeur est un anévrysme, provenant d'une des branches de la carotide externe. J'ai vu plusieurs cas d'anévrysme provenant des branches dentaires supérieure et inférieure. Dans un de ces derniers cas, l'hémorrhagie fut très violente et persista après la ligature de la carotide externe et même de la carotide primitive.

F. J. QUINLAN. — Ce cas me remémore un kyste de l'amygdale que j'observai il y a deux ou trois ans. Il était accompagné d'une pulsation distincte que repoussait la tumeur. Le kyste fut vidé, mais il se remplit de nouveau en cinq ou six semaines. Je considère comme une chose très risquée d'inciser des tumeurs de cette nature, sans se rendre compte exactement de leurs rapports avec les vaisseaux voisins. Toutefois, ce cas mérite l'attention immédiate, car il deviendrait grave pour la malade au cas où une intervention opératoire s'imposerait.

WRIGHT. — La malade affirme positivement qu'elle n'avait pas cette tumeur dans la gorge avant d'avoir subi l'opération.

DELAYAN. — Il est possible que l'opérateur ait eu affaire à une tumeur d'un autre aspect que celui que nous voyons maintenant. A cette époque, peut-être la tumeur était-elle peu ou nullement pulsatile. En cette saison de l'année, l'amygdalite règne et la malade peut avoir présenté une tuméfaction apparente de l'amygdale que le médecin cautérisa, ainsi que cela arrive fréquemment.

W. K. SIMPSON. — Ne sachant rien des origines de la malade, j'aimerais à savoir si la tumeur était pulsatile dès son apparition. Il est certain qu'en général, un médecin soigneux n'aurait pas pratiqué une incision dans une tumeur pulsatile sans avoir été fixé sur sa nature.

H. KNAPP. — En l'état actuel, cette femme est toujours sous le coup d'une hémorrhagie mortelle. Je crois que la ligature de la carotide primitive devrait être effectuée aussi vite que possible. Cette opération a été pratiquée avec succès dans des

cas d'exophtalmie produite par une communication artérioveineuse des sinus caverneux.

WRIGHT. — Je pense que dans ce cas il vaudrait mieux inciser et rechercher l'origine de la tumeur, puis faire la ligature.

DELAN. — J'attirerai l'attention sur le fait que la ligature de la carotide primitive n'a pas toujours arrêté l'hémorrhagie consécutive à la tonsillotomie.

WRIGHT. — La carotide externe a aussi été liée sans enrayer l'hémorrhagie amygdalienne.

KNAPP. — Je me souviens de cas où une hémorrhagie mortelle suivit l'extirpation de l'œil et ne put être enrayerée ni par la ligature de la carotide primitive, ni par d'autres moyens.

2° R. C. MYLES. — Je désire présenter une **pince rétro-nasale modifiée** que j'ai trouvée très satisfaisante pour enlever en une fois à peu près toute la troisième amygdale (Luschka). L'instrument est fenêtré, et il est suffisamment petit pour pénétrer dans les fosses nasales postérieures et pour passer entre la tumeur et les trompes, et par son emploi on peut tordre la tumeur, au lieu de la couper, ce qui peut provoquer de violentes hémorrhagies. Je présente également une volumineuse troisième amygdale intacte que j'ai retirée par cette méthode.

3° DELAN présente un **abaïsse langue de verre** de fabrication française s'aseptisant parfaitement. Il est fait avec du verre trempé et casse difficilement.

4° DELAN. — **Trois cas de polypes kystiques du nez.** — Quoique les kystes du nez ne soient nullement rares, ils le sont assez pour que les trois cas que j'ai observés récemment méritent d'être rapportés. La première malade était une femme de 35 ans, qui, depuis trois ans, souffrait de polypes du nez. A l'examen je trouvai la moitié postérieure de la fosse nasale droite remplie d'une masse de polypes, et dans le pharynx nasal, une autre tumeur d'environ un pouce de diamètre. La masse du nez fut extraite en une séance; et dans une séance suivante, avec beaucoup de difficulté, je réussis à enlever la tumeur postérieure avec le serre-nœud de Jarvis (Examen microscopique du Dr E. Hodenpyl : « fibrôme mou »).

Le second cas concernait un homme de 40 ans, qui depuis six ans était atteint de polypes du nez qui avaient été enlevés à plusieurs reprises. Lorsqu'il vint me trouver, il avait une tumeur qui remplissait presque tout l'espace rétro-pharyngien et une grande quantité d'autres dans la moitié postérieure de la fosse nasale droite. Ces dernières furent facilement extraites,

mais elles reparurent et persistèrent : elles étaient composées d'un tissu bien organisé remarquablement dense et non kystique. Les tumeurs rétro pharyngiennes résistèrent à tous les efforts d'ablation jusqu'à ce qu'on les ponctionnât; cette opération fut suivie d'une grande issue de liquide et de l'affaissement immédiat de la tumeur; son sac fut alors séparé à la base, juste auprès de l'extrémité postérieure du cornet inférieur au moyen d'une pince à polypes ordinaire. La dernière opération a été pratiquée il y a huit mois, et jusqu'ici il ne s'est pas produit de récurrence (Examen microscopique du Dr Hodenpyl : « fibrôme mou »).

Le troisième malade ressentit, à l'âge de huit ans, les premières atteintes de polypes du nez. De huit à vingt-deux ans, il fut opéré six fois. Ces opérations ont été très pénibles et l'ont fait beaucoup souffrir. L'opération qui précéda la mienne fut pratiquée par un chirurgien distingué qui fendit le nez du malade, sépara les os et retira les tumeurs de cette manière. Il persista une grande cicatrice pas très visible, et le cours ultérieur de la maladie démontra qu'une opération aussi radicale était inutile. Quand le malade vint me trouver, il avait deux énormes tumeurs qui remplissaient la fosse nasale droite. Des tentatives infructueuses furent faites pour les saisir au moyen d'un serre-nœud, et d'autres méthodes furent également employées mais elles échouèrent aussi. En raison de leur tension et de la bonne apparence des tissus, il était difficile de reconnaître leur nature simple. Toutefois pour réduire leurs dimensions et pour s'assurer si elles étaient kystiques ou non, une cautérisation galvanique fut faite dans l'une d'elles et fut immédiatement suivie d'une issue de liquide clair et d'affaissement de la tumeur qui était insérée sur le cornet inférieur. La seconde tumeur qui fut aussi cautérisée sans difficulté, était appendue près de l'orifice de l'antra d'Highmore. Il n'y avait pas d'apparence d'affection de l'antra, bien qu'on fît soigneusement l'éclairage par transparence. Des fragments des deux tumeurs furent remis au Dr Hodenpyl pour l'examen microscopique, qui démontra que le sac était composé d'épithélium cilié en colonne, et contenait des matières granuleuses, de la fibrine et des débris cellulaires. Son diagnostic fut : « fibrôme mou, appelé communément polype muqueux ». Les points intéressants du dernier cas sont : 1° le bas âge auquel sont apparues ces tumeurs; 2° la persistance avec laquelle elles reparurent; 3° l'inutile gravité de l'opération chirurgicale parfois entreprise pour leur extraction;

4° la facilité avec laquelle elles furent retirées par les voies naturelles.

SIMPSON. — Une des raisons qui font que ces tumeurs kystiques récidivent si facilement est qu'elles proviennent du haut du méat moyen, et qu'en les enlevant, nous n'atteignons pas leur point d'insertion le plus élevé. Dans un cas que j'ai observé, j'ai extrait un volumineux kyste du nez une ou deux fois par an dans ces temps derniers. Les récidives se produisent quelquefois très rapidement.

MYLES. — J'ai observé un certain nombre de cas où l'incision d'un abcès supposé enkysté dans un polype produisit une exsudation, qui au microscope fut reconnue pour n'être pas du pus, mais le produit d'une dégénérescence graisseuse. J'ai aussi vu ce fait dans l'amygdale de Luschka.

Séance du 24 avril 1895.

Président : D. BRYSON DELAVAN

1° J. WRIGHT. — *Gutta percha supérieure en plaques*. — Il y a quelques années j'employai une substance dénommée *gutta percha supérieure en plaques* (White Dental Co) pour préserver les surfaces des plaies nasales, et j'en ai obtenu des résultats si satisfaisants que je désire les faire connaître à la Section. Sa flexibilité le rend particulièrement applicable aux cas dans lesquels il existe des adhérences entre le cornet inférieur et la cloison qu'il est difficile de séparer après l'opération. On la coupe avec les ciseaux dans tous les sens et de toutes les dimensions. Elle est lisse, imperméable et non irritante ; elle ne supporte pas l'ébullition, mais elle peut être immergée indéfiniment dans des solutions antiseptiques.

J. E. NEWCOMB. — Je me suis servi à diverses reprises de cette substance et avec de très bons résultats. Elle est très flexible et entre et sort du nez si aisément que le malade lui-même peut la retirer, s'il est nécessaire de la nettoyer et la réintégrer ensuite. Je l'ai employée récemment dans un cas d'adhérence entre le cornet moyen et la cloison, qui ne put être séparée qu'après le redressement du septum.

J. W. GLEITSMANN. — Je suis heureux qu'on ait signalé cette substance à mon attention, car j'ai eu souvent beaucoup de mal à séparer des adhérences nasales. Dans le but de m'affranchir de cette difficulté, j'employai il y a quelques années des bourdonnets de tupelo (tupelo tents), mais après leur introduction, ils gonflaient considérablement et causaient de la douleur. En Europe, on s'est souvent servi dans ce but de tinfoil qui doit être plié fréquemment et forme ainsi des angles aigus qui produisent des excoriations.

T. P. BERENS. — J'ai l'habitude d'employer un mince copeau de liège enduit de collodion flexible qui peut rester dans le nez pendant un temps indéfini sans aucun inconvénient.

2^e F. E. HOPKINS. — **Application d'un dos de nez en aluminium.** — La malade que j'ai le plaisir de vous présenter est soignée par moi depuis le mois d'octobre 1894 à la New York eye and ear infirmary où elle se présenta pour une maladie d'oreille. Tout d'abord son nez excita mon intérêt et comme elle manifestait le désir de voir corriger sa difformité, je la questionnai sur ses causes et elle me fit le récit suivant. Miss. T. née à Baltimore, 30 ans. Angine ulcéreuse à l'âge de 8 ans. Malgré les soins du médecin de la famille, le processus ulcératif continua jusqu'à ce qu'il y eut perte de la luvette, d'une partie du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx avec adhérences entre le voile du palais et la paroi pharyngée postérieure. Plus tard le nez fut atteint, et le cartilage triangulaire fut détruit ainsi qu'une partie du vomer.

La mère m'écrivit que, désespérant de pouvoir soigner sa fille chez elle, elle l'envoya à New-York trois ans après l'apparition de l'affection ci-dessus rapportée. La malade fut traitée vigoureusement et retourna dans sa famille très améliorée; elle n'a plus ressenti de nouvelles atteintes depuis.

La perte de la portion antérieure de la cloison atrophie les parties molles, et par une rétraction cicatricielle, les ailes du nez étaient attirées, non-seulement à l'intérieur, mais aussi au-dessus, produisant une déformation marquée. Les ailes du nez étaient tellement séparées extérieurement, qu'on pouvait voir directement par l'ouverture du septum en se plaçant à côté de la malade. La photographie que je vous montre vous donnera une faible idée de ce qu'était la difformité avant l'opération. La malade fut d'abord soumise au traitement par l'iode de potassium avec augmentation des doses tant qu'il y eut de la tolérance; puis je l'opérai le 28 mars au Manhattan hospital aidé du

Dr J. F. McKernon et d'un médecin de l'hôpital. Je pratiquai l'opération de Rouge, en ménageant un espace suffisant pour placer le dos de platine.

Le modèle de dos que je vous présente est une modification du modèle du Dr C. Martin, de Lyon, apporté en Amérique par le Dr R. F. Weir. C'est le résultat d'idées émises par les spécialistes des maladies de la gorge du Manhattan hospital. Il est en platine, a 1 pouce 50 de largeur, est taillé dans une seule feuille de métal et sans soudures. On le moule suivant les cas. L'opération est suivie d'une très faible réaction. La température monta d'un degré le lendemain. Cette élévation dura peu, et la malade guérit parfaitement. Il y a maintenant quatre semaines que l'opération est faite et le dos a été placé en causant une très légère irritation qui diminue graduellement. Il sera certainement supporté bientôt avec la plus grande facilité.

F. J. QUINLAN. — J'ai vu la malade quelque temps avant l'opération et puis dire en toute sincérité que la déformation était énorme, les narines étaient totalement atrophiées de sorte qu'on aurait pu croire à l'existence d'une fracture des os du nez et de la cloison. Les résultats de l'œuvre du Dr Hopkins ont entièrement changé le visage de la malade, et j'espère que le résultat sera aussi bon que le font croire les indications actuelles. La nouveauté du procédé promet la création d'une ère nouvelle dans la chirurgie intra-nasale.

3^e J. WRIGHT. — **Mycose du nez et de la gorge.** — Les tumeurs mycosiques dont traite cette communication, sont de la forme connue sous le nom de *leptothrix buccalis*. Mon seul désir dans ces quelques notes est d'attirer votre attention sur quelques points qui m'ont intéressé dans les cas que j'ai observés dernièrement.

D'après ce que je sais, le *leptothrix buccalis* n'a pas été cultivé en dehors du corps, pas même dans de l'eau additionnée de chaux. On le trouve toujours dans les sécrétions qui s'amoncellent autour des dents saines mais non soignées. On le trouve dans les rhinolithes, dans les concrétions amygdaliennes et dans les pierres de la vessie ; nombre d'auteurs supposent aussi qu'il cause la carie dentaire, car on le trouve invariablement dans les cavités des dents cariées, mais, ainsi que le remarque Klebs, il peut être sûrement considéré comme la cause primordiale. S'il y a un organisme qui précipite les sels de chaux des liquides qui les tiennent en solution, il trouve probablement dans les cavités cariées un terrain favorable à son développement. On l'a ren-

contré dans les cavernes pulmonaires gangrenées. On le trouve très fréquemment dans les affections amygdaliennes connues cliniquement sous le nom de cryptes mycosiques, même lorsqu'il n'y a pas de symptôme pharyngé ou tonsillaire. Je l'ai récemment vu au microscope dans les dépressions situées entre les protubérances de l'hypertrophie naso pharyngienne lymphoïde. On l'a trouvé dans les acini des glandes de la muqueuse, bien que je ne l'aie jamais vu dans les coupes microscopiques. D'après ces considérations, nous concluerons que quelques manifestations consécutives à l'inflammation chronique favorisent le développement du champignon. Il peut exister des relations avec la desquamation des cellules épithéliales, l'exsudation des cellules rondes, des nœuds, ou le développement de certaines autres formes de microorganismes, car nous trouvons tout cela mélangé à la masse mycéliale dans les cryptes amygdaliennes et dans les profondeurs des glandes aciniques. Toutefois, ce ne sont que de pures conjectures. Des troubles digestifs ont été remarqués dans beaucoup de cas et on a supposé qu'ils étaient en rapport avec la tumeur, mais j'ai observé de nombreux cas sans troubles digestifs appréciables. Il est probable que dernier symptôme est un repère étiologique qui rattache la carie dentaire et le leptothrix. Il est vraisemblable aussi que l'état de l'atmosphère influe favorablement sur la tumeur, car un changement d'air semble être le seul remède efficace.

La mycose pharyngée est apparemment une affection bien commune. Par ces termes nous entendons la présence d'un champignon dans les petites dépressions de la muqueuse, à un tel point qu'il apparaît à la surface sous la forme de taches blanches de dimensions variées. J'ai essayé sans succès tous les genres de traitements dans les cas que j'ai observés. La cautérisation ne m'a pas réussi excepté pour les amygdales. Elle est toujours pénible au pharynx, à la base de la langue et aux piliers. Nous pensons que les cas de cette sorte finissent par guérir d'eux-mêmes. Il est déraisonnable de croire que toute application superficielle peut être efficacement employée. Tant que le sol est perméable, le champignon augmentera, malgré que vous brûliez l'extrémité supérieure de ses pousses.

J'ai observé récemment un cas de mycosis nasal. La malade était une femme d'âge moyen, qui avait quelques mouchetures blanches, d'apparence mycosique sur le bord naso-pharyngien, mais mon attention fut surtout attirée vers une ou deux petites taches d'un blanc de perle sur la muqueuse, couvrant l'extrémité

antérieure du cornet inférieur. Elles ne purent être enlevées avec de l'ouate. Au microscope on vit qu'elles étaient composées en partie de fibres mycéliales. Le caractère de la tumeur nasopharyngée ne fut pas déterminé. Je n'ai pas encore rencontré dans la littérature d'observation de tumeurs de cette nature siégeant dans le nez.

(A l'appui de sa communication, le Dr Wright rapporte une série d'observations personnelles de mycose pharyngée et montre plusieurs dessins coloriés montrant les fibres mycéliales).

DEHAVAN. — D'après tout ce qui a été écrit et dit à ce sujet, le traitement de la mycose pharyngée laisse encore beaucoup à désirer. Les formes irritantes de traitement, telles que le grattage ou la cautérisation, peuvent causer des déceptions. Sous leur influence, la guérison progresse faiblement et dans certains cas la mycose récidive sitôt après sa disparition. J'ai observé dernièrement un cas qui corrobore l'idée que le changement d'air et d'habitudes exerce une influence favorable sur ces malades. On m'adressa d'une ville éloignée une dame qu'on disait atteinte de mycose pharyngienne qui ne guérissait pas et qu'on m'envoya pour la soigner. Elle était ici depuis environ dix jours lorsqu'elle vint me trouver. Le mari et la femme dirent comme le médecin que la malade avait de nombreuses taches blanches sur certaines parties du pharynx et des amygdales, qu'on avait essayé vainement de faire disparaître. Quand j'examinai cette dame, à sa grande surprise je ne vis pas trace de l'affection.

En même temps que ces cas de mycose pharyngée, j'ai souvent remarqué qu'il existait de la diathèse rhumatismale et des troubles digestifs. Il m'est impossible de définir le caractère exact des accidents du côté de la digestion, mais en général on n'en trouvait pas. Dans ma clientèle j'essaye d'éviter le traitement consécutif de ces cas, et après avoir enlevé aussi rapidement que faire se peut les dépôts, sans causer trop de douleur, j'envoie au malade une pulvérisation d'eau boriquée, alternant à l'occasion avec une faible solution chloratée, tâchant en même temps d'améliorer la digestion. Un changement d'habitude sera souvent plus efficace dans ces cas que toute forme de traitement.

H. KNAPP. — J'ai observé deux cas de ce genre cet hiver, et l'un des malades est ici ce soir. Chez celui-ci l'affection était très prononcée, occupant une partie des amygdales pharyngées et toute la région linguale jusqu'au bouton de la fosse glosso-épiglottique.

Le traitement que j'instituai consista en une expression au moyen d'une cuiller pointue, suivie de l'application d'une solution alcoolique d'acide salicylique à 4 %. J'ai soigné la malade pendant plusieurs mois, et elle est maintenant guérie, à part deux ou trois petites touffes superficielles. Le traitement fut d'abord appliqué quotidiennement, puis ensuite deux ou trois fois par semaine. Immédiatement après chaque application la muqueuse blanchissait, mais elle reprenait vite sa couleur normale. J'ai vu de nombreux cas de mycose des canalicules lacrymaux qui guérissent aisément en maintenant le canal ouvert. Sans fendre le canal, le traitement de ces cas par l'expression et la seringue n'est pas beaucoup plus difficile. Le parasite ne doit pas être considéré comme *leptothrix*, mais comme *actinomy-cose*.

R. C. MYLES. — Je crois que le meilleur mode de traitement dans ces cas est d'enlever les parasites. Cette méthode prend de un à six mois et consiste à rogner les fragments de tissu affecté et à les gratter soigneusement ensuite. Dans un cas que j'ai soigné de cette façon, il y a cinq ans, il n'y a pas encore eu de récurrence. Dans deux cas de *leptothrix* buccal supposé que j'ai soignés il y a plusieurs années, l'examen bactériologique démontra que les tumeurs étaient de l'actinomycose bovine.

QUINLAN. — J'ai observé récemment cinq ou six cas de mycose et j'ai été impressionné par l'étroite relation qui les unissait au rhumatisme et à la goutte. Presque tous ces malades présentaient des symptômes caractérisés d'arthritisme. A certaines périodes lorsque ces personnes jouissaient d'une certaine immunité à l'égard de la mycose, elles souffraient d'attaques de goutte ou de rhumatisme. L'acide salicylique en solution m'a donné les meilleurs résultats locaux, quoique peu de médicaments puissent avoir des vertus en applications topiques. J'ai employé le salol à hautes doses, de un grain à un grain et demi par jour avec un excellent résultat. Le salol exerce une influence spécifique particulière sur ces affections parasitaires. La responsabilité de ces manifestations est souvent imputable aux troubles digestifs. Une bonne hygiène, un exercice modéré, des bains et un changement d'air complet rehausseront beaucoup la valeur de nos remèdes. L'amygdale linguale est un lieu d'élection pour ces végétations, ses cryptes et ses lacunes offrent un terrain favorable à la multiplication des germes.

E. MAYER. — Je suis d'accord avec le Dr Wright sur le point que la présence des organismes mycosiques dans la gorge est

souvent de peu d'importance, et je crois qu'ils sont bien plus fréquents que nous ne le pensons. Ils doivent souvent siéger sur la paroi pharyngée postérieure, où ils procurent des sensations de brûlure qui peuvent s'étendre jusqu'à l'intérieur du larynx. Le traitement que j'ai employé dans ces cas et qui a apporté une grande amélioration est l'expression, au moyen d'un instrument tranchant, et en cela je suis absolument l'idée du Dr Gruening qui a beaucoup étudié ce sujet. La pression est faite contre la paroi pharyngée postérieure et donne issue à de petites parcelles qui sont de la nature de cet organisme. On applique ensuite une solution alcoolique au baume du Pérou, et d'habitude on obtient le résultat désiré.

GLEITSMANN. — Il y a quatre ou cinq ans, je vis une série de cas de leptothrix, mais je n'en ai observé aucun récemment. Avant d'avoir entendu la communication du Dr Wright, je ne croyais pas que ces végétations mycosiques apparussent dans le nez. Je les ai trouvées dans le pharynx et dans le larynx. Il y a quelques années j'employai des moyens énergiques, la curette tranchante, la cuiller, etc., et je guéris mes malades, mais aujourd'hui j'en suis arrivé à conclure que le traitement n'a pas grande valeur. Dans un cas persistant que j'ai soigné pendant quelque temps, les végétations s'étendirent graduellement jusqu'au moment où le malade fut obligé d'aller à la campagne et cessa tout traitement ; quand il revint au bout de deux mois, il n'y avait plus trace de la maladie.

W. F. CHAPPELL. — Pendant ces dix-huit derniers mois, j'ai vu sept cas de mycose et je les ai soignés par des applications de solution de pyrozone à 25 %. Je lavai d'abord le pharynx avec une solution de pyrozone à 3 %, et après avoir enlevé la mousse du mucus et séché le pharynx, j'appliquai une solution plus forte de pyrozone. J'ai obtenu par cette méthode des résultats très satisfaisants, bien meilleurs que par les cautérisations et l'application de divers acides.

C. H. KNIGHT. — La conclusion à laquelle j'étais arrivée il y a quelque temps à propos des cas de mycose, et qui a été plus ou moins confirmée par ce que j'ai entendu ce soir, est que tandis qu'ils offrent un grand intérêt pathologique, ils ont peu d'importance clinique. La plupart de ces malades n'avaient pas d'antécédents morbides. Ces productions mycosiques ne donnent souvent lieu à aucun symptôme subjectif. Elles disparaissent fréquemment d'une façon spontanée. Toutefois, les méthodes de traitement les plus énergiques par les cautérisations électri-

ques, etc., sont inefficaces tant qu'elles sont suivies d'une prolongation incertaine. Je crois que les méthodes douces étroitement unies à la correction des troubles digestifs doivent être recommandées dans ces cas.

BERENS. — Dans un cas j'ai employé une solution à 10 % d'ortho-chloro-phénol dans la glycérine avec de très bons résultats.

NEWCOMB. — Mon impression, d'après les dix ou douze cas que j'ai vus, est que les troubles digestifs jouent un rôle très important dans la production de cet état. Dans un cas que j'ai observé, le malade avait plusieurs dents cariées, lorsque celles-ci furent obturées, la mycose disparut sans autre traitement. Au printemps dernier, le Dr Ingals rapporta une série de cas dans 25 % desquels il existait des troubles digestifs distincts. Comme on l'a dit, il est quelquefois difficile de déterminer la nature exacte des accidents gastriques, mais les malades s'améliorèrent par une diète corrigée, certains d'entre eux qui ne présentaient pas de symptômes de rhumatisme bien définis, se trouvèrent bien du traitement rhumatismal. Dans deux de mes observations, le dépôt mycosique de la gorge disparut lorsque les malades renoncèrent à leurs habitudes de boire du thé et de manger des plats sucrés.

MYLES. — Dans un de mes cas, les végétations mycosiques étaient solidement attachées et quelques-unes étaient saillantes à une distance d'environ la moitié de la longueur de mon ongle.

DELAVAN. — Je crois comme le Dr Myles que ces cas diffèrent notablement comme intensité. Dans quelques-uns les dépôts sont si légers que le malade ne s'aperçoit pas de leur présence, tandis que dans d'autres ils provoquent une certaine irritation et sont la source de grands désagréments. Pour leur fréquence, j'en ai observé huit cas à la fois l'année passée. Je n'en ai vu que quatre cette année. Dans de nombreux cas que j'ai traités énergiquement pendant longtemps, les végétations disparaissaient spontanément lorsque le malade allait à la campagne.

WRIGHT. — En ce qui concerne l'aspect décrit par le Dr Newcomb et la fréquence des indigestions dans ces cas, j'ai été surpris d'entendre que le pourcentage n'était que de 60 %, car je crois que l'on a concédé en dernier lieu que 75 % du total des malades atteints de manifestations catarrhales de la gorge avaient des troubles digestifs, et que probablement 75 % de la totalité du peuple américain présente des symptômes de troubles digestifs. Je ne crois pas toutefois que ces descriptions aient

grande importance au point de vue des relations étiologiques existant entre la dyspepsie et la mycose. D'autre part, il y a des malades atteints de mycose qui n'ont jamais de dyspepsie. Il en est de même du rhumatisme. L'acide salicylique dont a parlé le Dr Knapp a été souvent employé dans la mycose avec des résultats très variables. Mon expérience du traitement chirurgical n'a pas été très satisfaisante. Il est tout à fait impossible, par toute forme d'application, d'atteindre le fond des cryptes et des glandes aciniques d'où proviennent ces végétations, et si le sol est approprié, elles continueront à pousser, malgré que souvent la surface soit abrasée.

SIXIÈME RÉUNION DES OTO-LARYNGOLOGISTES BELGES

Compte-rendu par le Dr O. LAURENT

Cette réunion a eu lieu le 16 juin dernier. L'assemblée devenant plus nombreuse chaque année, elle s'est constituée cette fois définitivement en Société, et a élu un président pour un an, et une commission chargée d'élaborer le règlement. Excellente innovation : des questions seront mises à l'ordre du jour et nous verrons ainsi disparaître ces exposés et démonstrations (mastoidites ou autres) encombrant les séances et y produisant un véritable désarroi. Les cas auxquels nous faisons allusion peuvent avoir quelque intérêt, mais ils ne valent vraiment pas le temps qu'il faut leur consacrer pendant la durée restreinte d'un Congrès. Ces observations avaient du reste été déjà faites plusieurs fois. Nos réunions, dans la pensée de leur fondateur, M. Delstanche, devaient avoir un caractère purement amical et exclure les tendances gravement scientifiques et parfois pédantes des assemblées de spécialistes.

Dans la dernière réunion, nous avons retrouvé nos confrères des années précédentes. Seuls et pour la première fois, MM. Eeman et Schiffers étaient absents. Parmi les étrangers, figurent les assidus de la première heure : M. Gouguenheim et sa cordiale bonhomie, M. Noquet et son bon sens sérieux, M. Wa-

gnier, qui, après une communication intéressante, a égayé, selon sa coutume, le banquet de plaisanteries spirituelles.

M. Hicquet présidait cette fois ; ce sera, l'année prochaine, le tour de M. Delie, d'Ypres, qui a recueilli l'unanimité des suffrages pour cette fonction, dans laquelle lui succéderont sans doute MM. Goris, Cheval et Rousseaux.

C'est à dessein que nous allons écourter considérablement notre compte-rendu. Nous préférons, en effet, ne donner que la substance des communications, élaguant de la sorte pour nos lecteurs les détails qui ne trouvent leur véritable place que dans la publication spéciale faite par l'auteur lui-même ou dans les Annales de la Société. Ainsi en est-il, par exemple, de la transformation des fosses nasales et de la discussion dont elle a été l'objet.

Plusieurs faits intéressants ont été communiqués. Tout d'abord une observation qui fait grand honneur à son auteur, est celle de M. Goris sur le traitement du lupus ; une autre de M. Broeckaert, de Gand, a été également fort remarquée, d'autant plus que les expériences de physiologie cérébrale sont souvent entourées des plus grandes difficultés. On a entendu ensuite avec grande attention M. Gouguenheim faire part de ses recherches sur la diphthérie de l'adulte. Constatons en passant, qu'à ce propos il a été avancé dans la discussion que le sérum artificiel pourrait être un agent modificateur des membranes, sans doute selon la formule « *post hoc ergo propter hoc* ». M. Delstanche, toujours à la recherche du nouveau, nous a montré qu'il continuait à perfectionner ses instruments en dépit des critiques auxquelles le masseur a été en butte ; nous parlerons plus loin d'une modification ingénieuse apportée à cet instrument par l'éminent otologiste. A citer aussi la communication de M. Cheval, dont les travaux d'électro-thérapie spéciale sont appréciés.

Les séances ont eu une durée d'environ trois heures chacune : celle du matin a été consacrée à la présentation de malades, d'instruments et de pièces anatomiques ; celle de l'après-midi aux communications diverses.

CAPART. — Deux cas de polypes fibreux naso-pharyngiens traités par l'électrolyse. — Dans le premier on retrouve la saillie signalée par Bruns après la disparition de ces tumeurs par l'électrolyse. Son point d'implantation est à la face externe de la base de l'apophyse ptérygoïde. En outre, dans cinquante cas traités et guéris par Capart, la lésion siégeait à droite. Le second malade avait subi le traitement par l'anse galvano-caus-

tique, qui causait d'abondantes hémorrhagies ; depuis trois semaines, il est soumis à l'électrolyse avec le plus grand avantage.

GORIS. — De l'intervention radicale dans le lupus du nez et de l'oreille. — La méthode suivie a été, non pas celle du grattage et des cautérisations, mais celle de l'excision du néoplasme, empiétant même sur les tissus sains. L'affection datait, dans les quatre cas, de 23, 22, 12 ans et 1 an. Chez le premier sujet, le lupus siégeait sur le lobule, le rebord de l'oreille et la région sous-jacente ; guérison depuis 4 mois. Deuxième cas : lésion du lobule et du tragus. Troisième cas : fille de 15 ans, lupus sous-lobulaire. Quatrième : lupus de la région nasale droite et de la partie adjacente de la joue.

On ne constate aucune trace de récurrence. La plaie opératoire a guéri par granulation, en général par autoplastie et par la greffe dermo-épidermique. L'un des opérés avait été présenté, pour la première fois il y a deux ans, à Gand, comme un succès de méthode rhinoplastique.

D'autre part, voici un lueux de Bayer, chez lequel le larynx fut désobstrué grâce à l'acide trichloracétique, au vasogène et à l'iodoforme. Espérons que, dans notre prochaine réunion, Bayer pourra confirmer ce succès par d'autres.

RUTTEN. — Tumeur syphilomatuse. — (Voir *Annales*, page 242).

BÉCO. — Adénocarcinome du palais osseux. — Le terme adénome dans lequel l'affection a été primitivement décrite, répond à l'origine du néoplasme et à son apparence bénigne. Dans le cas de Béco, il s'agit d'une femme de 22 ans. La production, grosse comme un pruneau, occupait la moitié droite du palais osseux. Elle avait été remarquée deux ans auparavant. Elle fut enlevée au mois de novembre 1894. Le fond de la loge fut cautérisé au thermocautère et au chlorure de zinc. La guérison s'opéra en une vingtaine de jours. « Le microscope montra à côté de glandes encore saines, d'autres, plus nombreuses, entourées de plusieurs rangs de cellules, et dont la cavité était remplie de masse colloïde. Ailleurs, les cellules plus allongées et plus aplaties que la normale étaient inégalement groupées autour de la masse déformée, et envoyaient ces prolongements épithéliaux dans le tissu conjonctif. Ailleurs encore, on ne trouvait plus que des îlots de cellules épithéliales entourées de travées conjonctives, sans membrane propre. Si cliniquement l'affection est restée bénigne, histologiquement la tumeur a subi des transformations qui lui donnent déjà par places la structure du cancer ».

DELSTANCHE. — Modification apportée au masseur du tympan. — Ce petit appareil est actionné par le masseur lui-même et détermine à volonté la condensation ou la raréfaction de l'accès dans le conduit auditif. C'est un tube à trois branches, en forme d'Y, dont le bras vertical est adapté à l'embout olivaire. Chacune des deux autres branches renferme une soupape métallique, se mobilisant en dehors dans l'une, en dedans dans l'autre, et fonctionnant comme une pompe aspirante et foulante. Ainsi se trouve simplifiée la technique.

Autres avantages : 1^o grâce à la condensation, l'examen du tympan est rendu facile, les parois en état de relâchement étant relouées ; 2^o les processus adhésifs de l'oreille moyenne seront favorablement influencés par la série des chocs de condensation, au même titre qu'ils le sont par les chocs du stylet à tampon, préconisés par Lucæ, et avec la douleur en moins.

SCHLEICHER. — Manche galvano caustique à rhéostat. — Ce rhéostat, composé d'un fil de maillechort enroulé autour d'une plaque en verre ou en ardoise, occupe le bord inférieur de l'enveloppe en ébonite des fils conducteurs. Le courant passe par une mince plaque en cuivre rouge appliquée en équerre sur le bord supérieur gauche de l'ébonite ; le fil conducteur gauche est coupé, celui de droite est adapté à l'interrupteur. De là, le courant arrive à une languette du chariot horizontal et faisant ressort, puis à une seconde languette, verticale, appliquée sur le rhéostat. Plus le chariot est en retrait, plus est grand le nombre de spires à parcourir par le courant jusqu'à l'anse. Comme la résistance du courant est supérieure à celle de la plus grande anse possible, il est aisé de commencer l'opération avec l'intensité convenable. Celle-ci ne varie point et le fil ne brûle pas, même à l'air libre. Enfin, le frottement subi par le chariot pendant sa course est aussi doux que celui des meilleurs manches.

BAYER. — Instruments aseptiques. — Le premier est un miroir laryngoscopique dont les deux parties sont détachables grâce à une articulation à frottement doux. En outre, le cadre métallique est divisé lui même sur sa circonférence, en deux parties, dont l'une est fixée au manche, et dont l'autre peut en être séparée, la glace devenant ainsi libre.

Une disposition analogue a été appliquée au spéculum nasi de Duplay.

NOQUET. — Un cas de kyste de l'épiglotte. — S'il en juge par ses recherches bibliographiques et aussi par sa pratique personnelle, ces tumeurs sont rares : la plupart des auteurs ne les

mentionnent pas spécialement. Morell-Mackenzie et Poyet les ont cependant figurées. Dans le cas de Noquet, il s'agit d'un garçon de 13 ans, présentant, implantée sur la face antérieure gauche de l'épiglotte, une tumeur sphérique, du volume d'une cerise, blanc jaunâtre, sessile, sans pourtant être inflammatoire. Elle ne donnait lieu à aucun symptôme et ne fut découverte qu'à l'occasion d'un examen pratiqué, pour la première fois, pour une pharyngite catarrhale. Après cocaïnisation, Noquet incisa le kyste avec un couteau galvanique et en vit sortir un liquide jaunâtre, peu épais, la coque en fut détruite. La tumeur disparut sans laisser de traces. S'agirait-il d'un kyste par rétention, d'une glande en grappe de la face antérieure de l'épiglotte?

BROECKAERT. — Le centre cortical de la phonation. — L'auteur a pratiqué, au laboratoire de physiologie, de nombreuses expériences chez le chien. Il lui était assez souvent facile de faire l'examen laryngoscopique en attirant la langue à l'aide d'une pince et en recourbant l'épiglotte avec un rétracteur. Chaque fois les deux centres ont été détruits et des recherches histologiques ont confirmé les phénomènes observés. Broeckeaert rappelle le travail de Horsley et Semon. Voici ses conclusions :

1° L'excitation unilatérale du centre de Krause, à l'aide des courants induits très faibles, détermine l'adduction des deux cordes vocales.

2° L'extirpation bilatérale des centres de Krause entraîne l'abolition de l'aboiement; mais l'adduction réflexe des cordes est conservée, comme on peut s'en convaincre par l'examen laryngoscopique. Aussi l'animal continue-t-il à crier, à vagir; bref, à exécuter tous les actes phonatoires dont le chien nouveau-né est capable.

3° Les nerfs laryngés restent intacts après l'extirpation des centres de Krause; ce qui prouve que toutes les fibres qui interviennent dans l'adduction des cordes vocale proviennent du centre médullaire, et non directement du centre cortical. L'examen histologique des muscles laryngés a également démontré leur intégrité parfaite.

4° L'abolition de l'aboiement persiste pendant quelques semaines. Puis, sensiblement, l'animal réapprend à aboyer de la même façon qu'il l'a appris la première fois.

5° Le centre se refait, très probablement dans les parties voisines, par un nouvel apprentissage. Ce nouveau centre s'associe, grâce à la loi de contiguïté dans le temps et dans l'espace, aux autres centres qui interviennent dans l'acte complexe de l'aboiement.

ment, et dès lors l'aboiement volontaire redevient possible.

DELIE. — De l'amygdalite folliculaire ulcérée. — Cette lésion ne se manifeste d'ordinaire par aucun symptôme net, objectif ou subjectif, local ou général, et cède rapidement à une thérapeutique très simple. Tout au plus existe-t-il de la gêne à la déglutition, et parfois une perversion du goût.

On constate d'ordinaire une amygdalite folliculaire chronique, mais un examen plus soigneux révèle la présence d'une ulcération, d'un demi centimètre à un centimètre de diamètre, à bords irréguliers, taillé à pic, à fond caséeux ou blanc grisâtre, pultacé, sans zone inflammatoire. En détergeant l'ulcère, on pénètre à la profondeur de un à deux centimètres dans une loge amygdalienne. Cette lésion est souvent unique. Elle s'accompagne fréquemment de tuméfaction ganglionnaire, et sa découverte est le plus souvent due au hasard. Les badigeonnages antiseptiques en ont eu raison au bout d'une semaine. Alors que Moure considère cette affection comme une amygdalite lacunaire aiguë, Delie y voit un processus chronique ; une inflammation modérée a causé une exagération des sécrétions et une desquamation de l'épithélium ; ces produits ne pouvant être évacués, s'accumulent, d'où ulcération dans la profondeur. Une fois Delie avait d'abord cru à une gomme ulcérée et une autre fois à un cancer.

WAGNIER. — Bulle osseuse ethmoïdale. — Il s'agit d'une fille de 24 ans atteinte d'angine et de sténose nasale très prononcée. La fièvre disparut au bout de quelques jours, mais des vertiges, des fourmillements des membres persistèrent avec obstruction nasale : une bulle ethmoïdale existait du côté droit. Elle fut incisée à l'anse galvanique et la capsule restante réséquée avec la pince de Grünwald ; la membrane qui la tapissait à l'intérieur avait subi la dégénérescence myxomateuse. Le vertige subsiste encore, et cela, déclare Wagnier, sans lésion auriculaire concomitante.

CHEVAL. — Traitement de l'ozène par l'électrolyse interstitielle. — Cheval établit que si l'électrode soluble positive est une aiguille, une tige ou une lame de cuivre, on a affaire à l'électrolyse interstitielle cuprique ; au pôle positif, il se forme une combinaison du Cl, de l'O et du Cu, soit un oxychlorure de cuivre, soluble dans une solution de NaCl, donc dans du plasma. Si l'électrode positive est en argent, nous aurons l'électrolyse interstitielle argentique. Tout cela dans une solution aqueuse de NaCl électrolysée. Pour pratiquer l'opération, il faut : 1° une

source d'énergie électrique constante ; 2° un milliampèremètre exactement taré ; 3° un rhéostat ; 4° des aiguilles qu'on isole au moyen d'un bout de drain en caoutchouc. La méthode bipolaire doit être préférée : une aiguille en cuivre ou en argent est enfoncée dans la muqueuse du cornet moyen, ou à travers la substance même du cornet, ou bien encore dans sa face concave ; une aiguille en acier est placée dans la muqueuse du cornet inférieur du même côté, autant que possible entre la muqueuse et l'os, et traverse le cornet dans toute sa longueur. Dans le cas de cloison déviée, on y enfonce l'aiguille négative. Selon la gravité de la lésion, 12 à 13 coulombs sont nécessaires par séance, et une ou plusieurs séances suffisent. L'intensité du courant pourra être d'autant plus élevée que la sensibilité du malade sera plus faible, et en général elle sera d'autant plus faible que le nombre d'éléments de la batterie sera moindre. D'où la nécessité d'avoir des rhéostats de peu de résistance. L'intensité généralement adoptée varie de 18 à 30 milliampères et la durée des séances de 7 à 15 minutes. Les séances peuvent être espacées de 8 à 15 jours ; cependant, il n'y a aucun inconvénient à faire l'électrolyse des deux narines dans la même séance, successivement. Plusieurs fois Cheval a employé l'électrolyse en cascade : deux, trois, quatre et même douze ozéneux sont reliés entre les deux bornes de la batterie. Le nombre des coulombs exigé par chaque cas, était obtenu par une durée plus ou moins grande de la séance ; l'intensité était la même pour tous. La cocaïnisation rend généralement indolore le passage des aiguilles. Le lendemain ou le surlendemain, la punaisie disparaît. Toute la muqueuse du cornet et du méat moyens est recouverte d'un induit bleu-verdâtre, l'escharre du cornet inférieur ne dépasse pas la muqueuse. La séparation est complète au bout de 15 jours.

Dans les cas graves, la muqueuse reste légèrement atrophiée, mais montre des signes de régénération.

A ce propos, Capart nous expose ses idées sur le traitement de l'ozène, dont la lésion réside dans la muqueuse et spécialement dans celle du cornet moyen, d'où elle s'étend aux parties profondes. Les injections nasales au chlorate de potasse, au bicarbonate de soude ou à la glycérine phéniquée constituent la base du traitement, qui parfois détermine la guérison au bout de quelques années. Quant au massage, il n'a pas d'autre effet que l'amélioration et il doit être pratiqué de préférence à l'aide du moteur de Braunschweig. Après avoir pratiqué l'élec-

trolyse cuprique, qui l'emporte sur la méthode argentéique, Capart pratique le massage avec application du bleu de méthyle.

Béco. — **Tamponnement des fosses nasales.** — M. Béco a imaginé de remplacer le tampon postérieur par une bourse en gaze iodoformée remplie de brindilles d'ouate perchlorurée sèche ; le fil fixateur est attaché au sommet du tampon qui est conique. En tirant fortement sur ce fil, on engage le tampon très en avant dans la narine, et, au moyen du doigt, on refoule et on tasse contre la choane son extrémité postérieure, de manière à dégager le cavum le plus possible et à laisser libre la narine saine. La lubrification facilite le retrait. Le fil buccal n'est pas à conseiller et un volumineux tampon postérieur serait encombrant. Au contraire, M. Gouguenheim ne recourt qu'aux languettes de gaze iodoformée introduites et tassées avec le stylet.

Puis M. Boland nous dit quelques mots de certains tirages respiratoires : trois frères, de 60 à 65 ans, avaient succombé dans l'espace de quelques années à la suite de mêmes accidents. M. Boland avait examiné les deux derniers et constaté un aplatissement de la trachée, et un anévrysme de l'aorte : la trachéotomie était contre-indiquée.

A la suite de M. Gouguenheim, qui nous parle de la diphthérie chez l'adulte ⁽¹⁾, M. Hicquet prétend que la malignité des angines doit être attribuée aux associations microbiennes et en particulier au staphylocoque et au streptocoque. M. Gouguenheim ne le conteste pas, mais le bacille de Löffler n'en est pas moins très infectieux ; car, la diphthérie pure est fréquente puisqu'il l'a observée 45 fois sur 93 ; dans 41 cas, il y avait association et dans 7 cas seulement présence exclusive des streptocoques ; la gravité du mal dépend surtout des troubles laryngiens déterminés par la diphthérie pure, sans que l'association microbienne constitue nécessairement le danger d'où la guérison merveilleuse de ces accidents par le sérum. Enfin, on peut rencontrer le bacille de Löffler chez les convalescents et chez des personnes considérées seulement comme légèrement atteintes, et l'on a vu des diphthéritiques, regardés comme guéris, devenir des foyers d'infection.

(1) Voir *Annales des mal. de l'or.*, juillet 1895.

BIBLIOGRAPHIE

Ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique, par CANABY (Thèse de doctorat, Bordeaux 1895).

Après avoir fait le procès de tous les traitements employés contre l'hypertrophie amygdalienne, C. conseille l'usage exclusif de l'anse chaude.

Action sûre et rapide dans tous les cas ; absence d'hémorragies et d'infection secondaire ; réaction consécutive modérée : tels sont ses principaux avantages.

Le courant doit être fourni par deux accumulateurs réunis en tension ; le manche à préférer est celui de Schech ; le fil doit être en acier ; son diamètre n'excédant pas $\frac{1}{3}$ de millimètre ; un rhéostat est chose utile. L'anse placée avec précaution autour de l'amygdale (libérée au besoin de ses adhérences) doit la sectionner en 3 à 4 secondes ; l'intensité du courant employé ne dépassera pas huit à dix ampères.

C. conseille l'ablation des deux amygdales en deux séances par crainte d'une réaction inflammatoire trop vive ; il ne paraît pas attacher beaucoup d'importance aux douleurs post-opératoires, malgré leur fréquence et leur intensité, et considère l'opération comme toujours facile, avec un peu d'habitude.

H. RIPAULT.

Traitement des épaissements de la cloison des fosses nasales.

Scies et trépan électriques, par P. LACROIX (Thèse de doctorat, Paris, 1895).

L'éperon de la cloison représente une infirmité, non exempte de dangers (otites, affections des voies respiratoires), son traitement chirurgical s'est beaucoup simplifié. Il ne faut donc pas reculer devant l'intervention, dont l'auteur passe en revue les trois principaux modes.

La scie de Bosworth, les trépan, demandent une certaine pratique ; leur maniement est forcément un peu long et non exempt de douleurs.

L'électrolyse bipolaire, avantageuse pour les éperons de petite dimension est surtout appréciée de malades pusillanimes ; mais elle n'est pas indolore, demande une surveillance très attentive pendant toute la durée de l'opération ; peut être suivie de réaction vive ; enfin pour les crêtes importantes, le résultat final peut se faire attendre quelque temps.

Aussi, sauf indications particulières, l'auteur donne-t-il la préférence aux scies, trépan et tréphines, actionnés par un moteur électrique (genre Gramm).

L'opération, telle que la pratiquent MM. Baratoux et Lacroix, est remarquable par sa simplicité, puisque sans efforts on dispose d'une grande force, et surtout par la rapidité de ses effets, qui diminue la douleur et le choc ; par suite, ce procédé opératoire, toujours applicable d'ailleurs, se recommande pour les éperons volumineux, qu'il supprime dans un minimum de temps.

La seule difficulté pratique est d'avoir à sa disposition le moteur électrique nécessaire, qui assure la supériorité à cette méthode.

H. RIPAUT.

Œdème du larynx et laryngite sous-muqueuse, par ARTHUR KUTTNER (Berlin, 1895, édit. G. Reiner).

Etude historique et critique fort complète, cet opuscule compte 82 pages et comprend une bibliographie de 329 ouvrages et une planche de trois dessins histologiques ; 9 observations inédites, dont deux avec autopsie. Voici les conclusions : 1. *La laryngite sous-muqueuse aiguë* peut être de nature infectieuse primitive ou secondaire ou de nature non infectieuse, provoquée par des traumatismes, des brûlures, des lésions de voisinage ou des affections constitutionnelles (tuberculose et syphilis). Dans les deux cas on distingue trois stades dans l'évolution de la laryngite : le stade œdémateux : érysipèle du larynx, les stades plastiques et suppuratifs : phlegmons infectieux.

2. *L'œdème du larynx* comprend tous les cas où l'œdème est une conséquence d'un autre processus local ou général ; tout état inflammatoire actif fait défaut ; l'étiologie de ces cas comprend le mal de Bright, les affections cardiaques, la stase veineuse, l'anémie et l'hydrémie générales, des processus angio-nerveux.

M. N. W.

ANALYSES

I. — OREILLE

Sur les fonctions des diverses parties de l'organe de l'ouïe chez l'homme, par WEINLAND (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 37, Hft. 3 u. 4, 1894).

L'auteur s'est proposé d'édifier une théorie des fonctions de l'oreille sur des données purement anatomiques, en ne tenant aucun compte des expériences physiologiques, presque toujours susceptibles d'interprétations diverses. Sa théorie diffère de celle de Helmholtz et des autres auteurs en ce qu'elle n'accorde aucun ou presque aucun rôle à la membrane et aux osselets dans la transmission de la hauteur et de l'intensité des sons, en ce qu'elle fait pénétrer les ondes sonores dans l'oreille interne par la fenêtre ronde et non par la fenêtre ovale, enfin et surtout en ce qu'elle donne une explication de la perception de la direction du son par l'oreille. En voici le résumé.

La hauteur et l'intensité des sons sont perçues par l'intermédiaire de la membrane basilaire. Avant d'impressionner cette dernière, les vibrations traversent la membrane du tympan (qui n'est d'ailleurs d'aucune utilité à ce point de vue), puis celle de la fenêtre ronde, et pénètrent ensuite dans la rampe tympanique du limaçon. Cette rampe présente deux particularités en rapport avec son rôle : ses parois ne renferment que des veines, car des pulsations artérielles pourraient altérer les ondes sonores ; de plus, sa disposition en spirale assure la réflexion des ondes et, par conséquent, l'ébranlement de la membrane basilaire qui forme le toit de cette rampe. Les fibres de la membrane basilaire sont unies entre elles par un tissu continu, ne sont pas nettement limitées à leurs extrémités, et présentent des points relativement fixes, par exemple au niveau des piliers de l'organe de Corti : il en résulte que chacune d'elles correspond, non pas à un son unique, mais encore à ses harmoniques et à

une série de sons de même longueur d'ondes. Les cellules ciliées, unies entre elles par la membrane réticulaire, forment à la surface de l'organe de Corti un plan qui suit tous les mouvements de la membrane basilaire. A chaque mouvement d'élévation de cette membrane, les cils viennent heurter la membrana tectoria; l'ébranlement des cils se transmet aux cellules correspondantes qui sont en rapport avec les terminaisons du nerf auditif.

La direction du son est appréciée, grâce à la disposition et au fonctionnement de la membrane du tympan. On peut se convaincre, par une simple construction géométrique, que les ondes sonores, après s'être réfléchies une ou plusieurs fois sur les parois du conduit (à l'exception de celles qui y entrent parallèlement à l'axe) ne viennent pas frapper toute la surface de la membrane, mais seulement une portion de celle-ci. Or, si la région frappée varie selon le lieu d'origine des ondes sonores, elle est toujours la même pour une direction donnée. On peut déduire de ce fait que la modification subie par la membrane ainsi ébranlée diffère selon la direction du son. Cette modification se transmet par la chaîne des osselets au liquide labyrinthique dans lequel elle détermine un courant qui traverse successivement la rampe vestibulaire, l'hélicotreme et la rampe tympanique. Dans son passage à travers la rampe vestibulaire, ce courant exerce à travers la mince membrane de Reissner une pression sur le canal du limaçon: il en résulte la production dans celui-ci d'un courant de sens contraire qui se dirige de haut en bas vers le vestibule membraneux, en refoulant plus ou moins l'organe de Corti vers la base du limaçon. Or, il résulte d'une disposition anatomique spéciale des cellules ciliées internes que, selon le degré de dépression de l'organe de Corti, c'est-à-dire selon la direction du son, tous les cils de ces cellules, ou seulement une partie d'entre eux, viennent heurter la membrana tectoria, au moment où la membrane basilaire entre en vibration. Dans cette région précisément, la membrana tectoria présente à sa face inférieure une structure spécialement ferme et résistante (bandelette de Hensen): cette particularité anatomique favorise l'accomplissement par les cellules ciliées internes de cette fonction d'orientation à laquelle sont impropres les cellules externes en rapport avec les parties molles de cette même membrane.

Fibro chondrome calcifié du pavillon de l'oreille, par MERMET
(*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, décembre 1894,
p. 979).

Tumeur considérable, corpuale, opérée par M. Marchand et examinée par l'auteur qui la trouva composée en grande partie de cellules cartilagineuses. Cette tumeur, située entre la conque et l'hélix, est rangée par l'auteur dans la catégorie des fibro-chondromes branchiaux de Lannelongue et Achard, bien que le siège ne soit pas celui des tumeurs décrites par les auteurs, en raison de l'analogie de structure avec les fibro-chondromes d'Achard et Lannelongue.

A. G.

Hématome bilatéral des lobules, par A. RANDALL, de Philadelphie
(*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

Chez une jeune fille de 15 ans, on trouve au niveau de chaque lobule une petite tumeur d'un rouge pourpre, dont la plus grosse a le volume d'une petite noisette. L'enfant avait eu une attaque épileptique et une violente traction avait été opérée sur les oreilles pour essayer de la faire revenir à elle.

M. LS.

Un cas d'otite externe hémorrhagique, par J. DUNN, de Richmond
(*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

Un homme de 30 ans ayant eu autrefois des végétations adénoïdes et présentant une diminution ancienne de l'ouïe des deux côtés, est pris brusquement de douleurs vives dans l'oreille gauche qui, en moins de douze heures, aboutit à une hémorrhagie notable par le conduit. Inflammation manifeste du conduit et de la membrane du tympan, sans perforation, avec de très nombreuses petites extravasations sanguines qui siègent surtout dans la partie postérieure et supérieure du conduit près du tympan. Quelques heures après l'examen, l'oreille droite qui avait été trouvée normale devint douloureuse à son tour, laissa couler du sang et présenta exactement la même apparence que la gauche.

M. LS.

Du rôle joué par les agents de la suppuration dans les déchirures du lobule de l'oreille chez les malades porteurs de boucles d'oreilles, par L. LELOIR. (*Le Nord médical*, 1^{er} avril 1895.)

L'auteur rappelle que la déchirure du lobule de l'oreille a été souvent attribuée au port d'une boucle d'oreille plus ou moins lourde.

Or, si l'on examine le rapport du poids des bijoux avec le nombre d'oreilles déchirées, on voit que ce ne sont pas les boucles d'oreilles les plus pesantes qui déterminent le plus de déchirures.

On a aussi incriminé le tempérament scrofulo tuberculeux. Pour Leloir, il n'a d'action que parce que les gens dits lymphatiques fournissent un bon terrain de culture aux agents de la suppuration. Cette déchirure du lobule peut s'observer chez des non lymphatiques, comme le prouve l'observation d'une de ses malades qui, au moment où on lui perça les oreilles, soignait un petit enfant atteint d'impétigo confluent de la face et de pustulettes d'ecthyma des mains, et par lequel elle fut infectée. Chaque lobule devint le siège d'une ulcération avec croûtes impétiginiformes qui guérèrent par un traitement antiseptique approprié.

Emphysème de la membrane du tympan et de la région mastoïdienne, par HAUG (*Münch. med. Wochenschr.*, octobre 1894).

Observation d'un homme de 23 ans présentant un catarrhe simple des deux trompes. L'examen montra les deux tympans enfoncés et d'une minceur telle que toutes les parties sous-jacentes étaient nettement visibles. Le malade n'ayant aucun phénomène aigu ni subaigu, H. donna la douche de Politzer, qui produisit immédiatement des douleurs extrêmement violentes. A l'examen on vit les tympans couverts d'ecchymoses punctiformes, le gauche présentant en outre dans son épaisseur des bulles d'air. De plus, une tumeur emphysémateuse s'était formée derrière l'oreille gauche. Tous ces accidents disparurent sous l'influence du massage.

Pour expliquer le mécanisme de cet emphysème, l'auteur admet que la muqueuse et la fibreuse de la membrane tympanique ont été déchirées par l'air comprimé, celui-ci passant dans les cellules pneumatiques s'est infiltré sous les téguments à travers une déhiscence préformée de la corticale.

G. LAURENS.

Fibrome papillaire kystique télangiectasique de la caisse du tympan, par COZZOLINO. (*Arch. ital. di otol.*, etc., 1894, fasc. 3).

Cette variété extrêmement rare de polype de la caisse fut

observée par C. chez un enfant de quatre ans et demi qui était atteint depuis plus de deux ans d'un écoulement de l'oreille droite consécutif à une scarlatine. La tumeur, très volumineuse, faisait saillie au dehors et remplissait toute la conque. Sa surface lobulée et granuleuse rappelait celle d'un chou-fleur. Elle était pédiculée et fut enlevée à l'anse. Sa structure histologique était celle d'un papillome. Chaque papille était constituée par un stroma conjonctif lâche servant d'enveloppe et de soutien à une multitude de capillaires à parois très minces et terminés en anses ; cà et là ces capillaires étaient rompus et avaient amené la formation de kystes hémorragiques à parois pigmentées. La surface des papilles était revêtue d'un épithélium stratifié. En quelques points la tumeur présentait une tendance à la métaplasie sarcomateuse qui pouvait faire redouter une récurrence, mais cette crainte ne se justifia pas dans la suite. M. BOULAY.

Otites moyennes purulentes, par TILLAX. (*Semaine médicale*, 19 septembre 1894).

M. le professeur Tillaux a jugé utile, à propos d'un malade de son service (clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité) qui présentait une otite moyenne subaiguë à pneumocoques, de rappeler aux élèves les symptômes et l'étiologie des otites. C'est ainsi qu'il interprète les signes fournis soit par le malade, soit par l'examen objectif, signes sur lesquels nous n'avons pas à insister ici. Le point sur lequel le professeur Tillaux insiste avec beaucoup de raison est l'utilité de la paracentèse du tympan lorsque la perforation qui s'est faite naturellement est trop étroite pour donner issue au pus. Il termine par le traitement à employer : lavages antiseptiques et douches de Politzer pour vider la caisse.

F. HELME.

Otopathies syphilitiques héréditaires et acquises, par COZZOLINO. (*Gaz. degli ospit.*, 6 avril 1895).

La syphilis, d'après la statistique, ne donnerait que 6 à 8 pour 1000 des affections de l'oreille. Pourtant, en moins d'un mois C. a rencontré quatre cas incontestables : 1° sclérose au début du tragus ; 2° otite moyenne suppurée avec infection gommeuse du voile du palais ; 3° otite moyenne et rhinite pyogène par syphilis héréditaire chez un enfant de quatre mois ; 4° labyrinthite bilatérale avec surdité complète par syphilis acquise.

Bien d'autres lésions syphilitiques de l'oreille peuvent être observées ; chancre du pavillon très rare et ordinairement à la suite de morsures, plaques muqueuses et gommès du pavillon également rare, impétigo iodens plus fréquent et très grave, exostoses, hyperostoses, ostéomes du conduit auditif externe, otalgies, affection où il faut toujours penser à la syphilis périostite subaiguë, otite moyenne suppurée, périostite chronique de la capsule du labyrinthe, otite sèche et scléreuse, chancre de la trompe d'Eustache, ostéo-périostite de l'apophyse mastoïde. Ces lésions sont souvent l'objet d'erreurs de diagnostic en particulier avec la tuberculose. L'importance clinique de la syphilis de l'oreille est donc considérable. Mais le traitement spécifique doit presque toujours être complété par le traitement local.

Evidemment C. rappelle l'existence de lésions blennorrhagiques du nez, de l'oreille et de la bouche, lésions qui sont fatalement méconnues si on ne recherche pas le gonocoque de Neisser.

A. F. FLICQUE.

Trois cas mortels de complications intra-crâniennes d'origine otique, par Moos, d'Heidelberg (*Arch. of otol.*, n° 3, 1894).

1^o Homme de 54 ans, ayant une otorrhée gauche depuis la première enfance. A la suite d'un refroidissement, est pris de douleurs vives dans l'oreille avec gonflement de l'apophyse. La trépanation permet de laver l'antre qui renferme des masses d'aspect caséux ; malgré cela, il se produit des vomissements, de la prostration et des signes de pyosepticémie. A l'autopsie, thrombose des sinus transverse, semi-circulaire et pétreux inférieur.

2^o Homme de 37 ans ; otite moyenne purulente depuis l'enfance. Cholestéatome de la cavité tympanique et de l'antre. Carie osseuse et paralysie faciale. Douleurs de tête très violentes et frissons répétés. A l'autopsie, thrombose des sinus et abcès cérébelleux.

3^o Homme de 35 ans, ayant eu un abcès scarlatineux dans l'enfance. Huit jours avant la mort, est pris de douleurs vives dans la profondeur de l'oreille droite, sans aucun autre trouble que de l'insomnie et des frissons deux jours avant la mort : perte de conscience seulement pendant la dernière heure. A l'autopsie, abcès cérébral gros comme un œuf de poule à droite et abcès cérébelleux du côté sain.

M. LS.

II. — NEZ ET SINUS

Le canal incisif et l'organe de Jacobson, par PAUL RAUGÉ. (*Arch. intern. de laryngologie*. Tome VII, n° 4, page 208, juillet-août 1894).

Après avoir donné une description très minutieuse de l'organe de Jacobson type, tel qu'il se présente chez le mouton, R. se demande quelles sont les parties de la cloison nasale dans lesquelles on peut retrouver l'analogie de cet organe chez l'homme. Or, non-seulement chez celui-ci, cet organe s'est atrophié au point que son identité est devenue impossible à établir, dernière étape involutive d'un organe destiné à disparaître, mais même dans la vie intra-utérine, pendant laquelle l'individu refait en quelques mois les étapes involutives que l'espèce a lentement parcourues, on ne trouve pas d'organe de Jacobson parfait, mais seulement une invagination de la muqueuse sur la signification de laquelle on doit être d'accord.

On a cependant cherché à retrouver chez l'homme adulte l'analogie de l'organe de Jacobson des ruminants ; on a voulu lui assimiler les os sous-vomériens ; or, ces os diffèrent absolument de l'organe de Jacobson, et par leur structure, et par leur forme, et par leur situation, et par leur origine ; ils sont, au contraire, les homologues naturels de l'apophyse médio-palatine qui divise le canal incisif du mouton.

R. pense que l'appareil de Jacobson, formé chez le mouton d'une gaine ostéo-cartilagineuse contenant un cul-de-sac membraneux, est dissocié chez l'homme ; la gaine, rudimentaire et atrophiée, est représentée par les noyaux cartilagineux accessoires décrits par Sappey au niveau du bord inférieur de la cloison, languettes elliptiques ayant même tissu, même situation, même forme que le corps de Jacobson ; et le sac membraneux se retrouve plus haut, au-dessus du bourrelet allongé formé par la saillie de ces petits noyaux, sous forme d'un étroit conduit, dont Potiquet a pu cathétériser l'orifice sur le vivant.

A la dissociation anatomique de l'appareil de Jacobson humain, correspond une dissociation parallèle de ses fonctions pathogéniques, qui intéresse les rhinologistes.

Les saillies horizontales allongées qu'on observe si fréquemment à la partie antéro-inférieure de la cloison, reconnaissent souvent pour cause la déviation ou l'hypertrophie de ces deux languettes cartilagineuses (Sandmann, Löwe, Onodi).

L'ulcère perforant d'Hajek serait, d'autre part, l'aboutissant d'un travail inflammatoire produit par la stagnation des poussières dans le cul-de-sac jacobsonien (Potiquet).

Quant au rôle de l'organe de Jacobson, aucune hypothèse, faite pour l'expliquer, n'a de base rigoureuse. Jacobson et Cuvier en faisaient le siège d'un sixième sens, destiné à percevoir les qualités toxiques des aliments et à permettre aux ruminants de distinguer, parmi les herbes, celles qui leur sont nuisibles; hypothèse séduisante, mais très invraisemblable. Comme tant d'autres éléments en vue de régression philogénique, ce corps n'est sans doute que le souvenir affaibli d'un organe qui fut parfait à un âge indéterminé de la série atavique, mais qui s'est effacé peu à peu, à mesure que sa fonction a cessé d'être nécessaire.

M. L.

Atrésie nasale, par W. HANAN LÖB. (*New-York med. journ.*, 13 décembre 1894).

L. rapporte un cas d'atrésie double des fosses nasales consécutives à la variole. La guérison fut obtenue par l'intervention opératoire.

A. F. PLICQUE.

Atrésie congénitale des choanes, par DIONISIO (*Giornale dell acad. di medic. di Torino*, février 1895).

D. a pu relever 22 observations de sténoses ou d'occlusions congénitales des choanes soit osseuses, soit fibreuses. Il en rapporte un cas personnel avec lame fibreuse extrêmement épaisse. Des dilacérations répétées de cette lame améliorèrent considérablement la respiration nasale, l'état de la muqueuse pituitaire auparavant sèche et atrophiée, et surtout l'audition compromise par un catarrhe secondaire de l'oreille moyenne et le mauvais fonctionnement de la trompe d'Eustache. Il insiste sur la facilité avec laquelle ces malformations peuvent être, dans un examen superficiel, confondues avec des végétations adénoïdes. C'est à ce diagnostic qu'il avait d'abord songé dans sa propre observation et l'examen rhinoscopique présenta avant la dilacération, des difficultés extrêmes.

A. F. PLICQUE.

Malformations du septum nasal, par L. ANDERSON (*New-York med. journ.*, 23 février 1895).

A. insiste sur la fréquence extrême des épines, irrégularités, déviations du septum nasal. On les rencontre dans 60 % des cas de catarrhe nasal. Ils ont beaucoup plus d'importance pour la production et l'entretien de ce catarrhe, qui atteint une personne sur quatre, que toutes les conditions climatériques. Le traitement chirurgical est le seul efficace et est suivi des meilleurs résultats.

A. F. PLICQUE.

Occlusion nasale et cérébration, par A. KUIK (*New-York med. journ.*, 1894, p. 754).

K. rapporte trois observations tendant à montrer que les troubles de la cérébration, l'aproxexie signalée par Guye d'Amsterdam chez les enfants à la suite de lésions nasales, se rencontrent également et sont même plus prononcés chez les adultes. Dans les trois cas, la guérison complète des troubles cérébraux fut obtenue par le traitement local.

A. F. PLICQUE.

Etude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux, par M. BEAUSOLEIL (*Revue de laryngologie*, 15 décembre 1894 et 15 janvier 1895).

Après discussion des différentes théories émises, l'auteur n'admet pas l'entité de l'affection.

En effet, l'examen macroscopique n'a jamais montré que des lésions de pure inflammation : l'affection, toujours cantonnée à une fosse nasale, a guéri constamment aussitôt l'expulsion mécanique des masses caséuses achevée ; donc, pas de processus morbide particulier.

L'affection diffère du vrai cholestéatome auriculaire (Cozzolino, Wagnier) par l'absence de membrane enveloppe et de toute récédive après intervention.

Cette rhinite rentre dans la symptomatologie de diverses affections nasales primitives : corps étrangers, syphilis, mais surtout obstruction, qu'elle ait pour siège les cornets ou la cloison, ou les deux à la fois ; ou bien encore se rattache à des suppurations des cavités annexes.

Les sécrétions et les produits de desquamation de la pituitaire, ne pouvant s'éliminer par étroitesse des voies naturelles, s'accumulent peu à peu ; les microbes de la suppuration et

surtout une grande bactérie filamenteuse décomposent ce magma en lui donnant sa consistance et son odeur particulières.

H. RIPAULT.

Rhinite atrophique et hypertrophique, par A. PICK (*New-York med. journ.*, 1894, p. 621).

Dans le traitement P. insiste sur l'importance des croûtes fétides, adhérentes à la muqueuse. Il préconise les applications stimulantes de teinture d'iode et de glycérine à parties égales, d'une solution de kérolène et ichtyol à deux ou cinq pour cent. Les pulvérisations dans la rhinite atrophique donnent de meilleurs résultats que les lavages. Si le traitement est énergique et surtout prolongé, la guérison devient la règle.

A. F. FLICQUE.

Perforations du septum nasal, par ADOLPHE RUPP (*Med. record*, 22 décembre 1894).

Affection assez rare. Les perforations du septum nasal n'ont été constatées que trois fois sur 493 malades atteints d'affections nasales. Une statistique plus complète portant sur 2100 malades ne donne que vingt perforations. Comme cause R. signale les malformations congénitales, les traumatismes, les lésions de voisinage (polypes, rhinolithes), la syphilis (importante), la tuberculose, le lupus, le rhumatisme (?) la diphtérie, les maladies infectieuses diverses. Le traitement ne peut être efficace qu'après avoir supprimé la cause. R. préconise surtout les cautérisations au nitrate acide de mercure, au nitrate d'argent, au galvano-cautère, appliquées avec ménagements, de façon à ne pas produire trop d'inflammation et surtout de destruction des parties saines de voisinage. Certaines perforations restent, quoi qu'on fasse, incurables.

A. F. FLICQUE.

Un symptôme peu connu du chancre de la pituitaire, par ROLLET et CHAPUIS (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 22, 15 septembre 1894).

« Un homme de 23 ans se présente avec un chancre en pleine évolution situé dans la narine droite, accompagné de tous les signes habituels. Le lendemain, une roséole se développait et confirmait le diagnostic.

Cette observation serait banale si elle ne mentionnait un symptôme utile à connaître, mais trop peu recherché du chancre de la pituitaire. C'est le gonflement des glandes lymphatiques avoisinant des deux côtés la grande corne de l'os hyoïde. D'où cette conclusion clinique: on doit pratiquer l'examen de ces deux ganglions, celui du ganglion préaxoïdien, et rechercher ces glandes dans les cas de chancre nasal, car leur existence possède une réelle valeur diagnostique. »

Un autre fait intéressant à noter dans cette observation, c'est que le malade s'était inoculé son chancre en maniant des objets de pansement servant à un syphilitique. Il présentait, au moment de l'inoculation, un peu d'impétigo de l'entrée des narines, et c'est en touchant son nez avec ses doigts malpropres qu'il s'était donné la syphilis.

F. HELME.

Des affections nasales chez les écoliers, par MAXIMILIEN BRESGEN (*Münch. med. Wochenschr.*, n° 1, 1895).

L'auteur attire une fois de plus l'attention sur la très grande fréquence du coryza aigu et chronique chez les enfants; ce dernier entraîne tout une série d'affections locales et générales par suite de l'oblitération partielle des narines, de la respiration buccale, de la création sur la pituitaire ulcérée de portes d'entrée pour toutes les maladies microbiennes.

M. N. W.

Une nouvelle application de l'électricité à la rhinologie, trépanation et massage électriques, par le D^r F. HELME (*Médecine moderne*, n° 99, 12 décembre 1894).

Cet article a pour but de présenter au public médical français le tour électrique de Spiess de Francfort, construit par un ingénieur électricien de cette ville, M. Beez. S'adressant surtout aux praticiens, l'auteur a cru devoir, au début de son travail, expliquer les dangers de l'obstruction nasale et le rôle que joue cette obstruction dans la production de diverses affections chroniques du poumon. Puis vient la description de l'appareil, la technique de son emploi.

H. a employé, concurremment avec Lermoyez, le tour électrique, dans les crêtes osseuses ou cartilagineuses et les déviations de la cloison. Il l'a utilisé également, soit pour pratiquer le massage vibratoire de la muqueuse nasale ozène, soit pour vibrer le larynx. Il reconnaît que l'expérience est trop récente pour qu'on puisse se prononcer longuement. Cependant, il es-

time que, tel qu'il est, l'instrument pourra rendre les plus grands services. Utilisant, sous une forme nouvelle, l'électricité de plus en plus répandue dans nos demeures, il permet l'exécution facile, automatique en quelque sorte, de manœuvres que leurs difficultés ne rendaient accessibles qu'à un petit nombre de médecins.

M. L.

Traitement de l'hypertrophie nasale, par LUCAS CHAMPIONNIÈRE.
(Académie de médecine, séance du 9 avril 1895).

L'auteur présente un malade atteint d'une hypertrophie considérable du nez, opéré par la méthode d'Ollier, c'est-à-dire, la décortication par le thermo-cautère, sans aucune tentative de restauration. La réparation, très satisfaisante, grâce à un pansement humide permanent, s'est faite aux dépens des parties voisines, qui ont été, en quelque sorte, attirées sur le nez. Il est important de ne pas entamer les narines et surtout la sous-cloison, dont la blessure modifierait la charpente nasale.

M. L.

Contribution à l'étude des suppurations du sinus frontal et en particulier de son traitement chirurgical, par LUC. (*Arch. intern. de laryngologie*. Tome VII, n° 4, page 187, juillet-août 1894).

Avec Jansen, L. s'appuyant sur trois cas personnels rapportés dans ce travail, admet que les cellules ethmoïdales antérieures participent presque toujours à la suppuration du sinus frontal. Quand, en cas d'empyème du sinus maxillaire, on voit du pus reparaitre dans le méat moyen, immédiatement après le lavage de cette cavité, on peut presque à coup sûr diagnostiquer un empyème du sinus frontal; et à supposer que le pus ne provienne alors que des cellules ethmoïdales, le meilleur moyen d'atteindre le foyer est encore d'ouvrir d'abord le sinus frontal. En effet, l'ouverture des cellules ethmoïdales est incertaine et dangereuse quand elle est pratiquée de bas en haut, à travers la cavité nasale, au moyen d'instruments qui menacent à la fois l'intérieur du crâne et le contenu de l'orbite. Et les tentatives de guérison d'un empyème, au moyen de lavages dirigés par la fosse nasale vers le canal naso-frontal, ne sont justifiées que dans le cas récent et quand la conformation nasale s'y prête sans nécessiter de manœuvres douloureuses pour le malade.

Au contraire, l'ouverture du sinus frontal au point le plus déclive de sa paroi antérieure, immédiatement au-dessus de la racine du nez, est une opération exempte de tout péril, à condition qu'elle soit exécutée avec la gouge et le maillet, et qu'après l'ablation de la première esquille, la paroi profonde soit garantie contre les dérapements possibles de la gouge au moyen d'un protecteur. Si les lésions sont anciennes, l'ouverture doit être large pour pouvoir pratiquer un curettage complet de toutes les fongosités et le faire suivre d'une cautérisation de toute l'étendue des surfaces suppurantes. L'auteur propose même d'augmenter considérablement les chances de guérison radicale, en supprimant la totalité de la paroi antérieure du sinus, et, par suite, sa cavité osseuse : il conseille d'y recourir surtout en cas d'exiguité du sinus, de façon à restreindre la défiguration consécutive. Dans tous les cas, l'ouverture du sinus frontal doit être suivie de celle des cellules ethmoïdales, et, du même coup, de la création d'une large brèche de communication entre le foyer fronto-ethmoïdal et la fosse nasale correspondante.

Une fois, le drainage du foyer assuré au moyen d'un gros drain introduit par la cavité nasale jusqu'au fond du sinus frontal, à travers la brèche sus-mentionnée, il y a intérêt à suturer immédiatement la plaie ; on diminue ainsi la durée du travail de réparation et on réduit au minimum la défiguration ultérieure.

M. L.

Plaies du crâne par balles de revolver ; épistaxis à répétition : ligature des deux carotides externes, rabattement du nez, et tamponnement des sinus sphénoïdaux par où se faisait l'hémorrhagie venant sans doute de la carotide interne droite. Guérison du blessé, par E. SCHWARTZ. (*Arch. intern. de laryngologie*. Tome VII, n° 4, page 228, juillet 1894).

V. M. se tire, le 7 juin 1893, deux coups de revolver. A l'entrée à l'hôpital, on constate au niveau de la région fronto-temporale droite deux orifices d'entrée produits par deux balles calibre 7. Strabisme interne et cécité complète de l'œil droit. Epistaxis abondante, mais qui s'est arrêtée spontanément. Pas de trouble cérébral appréciable. On s'abstient de rechercher les projectiles : les plaies sont guéries le 18 juin.

Vers le 15 juillet, épistaxis profuse, suivie de cinq autres, qui ont plongé le malade dans un état d'anémie très accentué. Ren-

tre à l'hôpital le 5 décembre 1893 : maux de tête continuels, sans phénomènes cérébraux, sans fièvre. Quelques jours après, une hémorrhagie formidable se produisit : du sang rutilant coulait à flots par les deux narines. Le 6 janvier, ligature de la carotide externe gauche. Le 17 janvier, nouvelle hémorrhagie par la narine droite, nécessitant la ligature de la carotide externe droite. Deux jours après, nouvelle épistaxis aussi formidable qu'au début ; il devient évident que le tronc artériel blessé dépend de la carotide interne. L'état général du malade devient si mauvais, que la mort est certaine si une nouvelle hémorrhagie se reproduit encore. S. se décide à aller directement à la recherche du foyer de l'hémorrhagie ; le 14 février, après avoir rabattu le nez suivant la méthode d'Ollier, il pénètre dans les deux sinus sphénoïdaux, pleins de sang coagulé, constate qu'ils communiquent entre eux, et les tamponne à la gaze iodoformée. 15 jours après, les mèches sont prudemment enlevées. Le malade sort guéri le 8 mars : depuis, les hémorrhagies nasales ne se sont pas reproduites.

S. suppose qu'il s'agit d'une blessure de la carotide interne, probablement après sa sortie du sinus caverneux droit, la blessure simultanée du nerf optique et du nerf moteur oculaire externe confirme ce diagnostic ; à ce niveau, la carotide interne, sise en arrière et en dedans de l'apophyse clinéoïde antérieure, n'est séparée de la cavité du sinus sphénoïdal que par une mince lamelle osseuse. Il est de plus probable que la balle n'avait fait qu'une très petite plaie primitive, et que c'est secondairement, consécutivement à des phénomènes de nécrose que se sont produits les épistaxis si formidables.

M. L.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

Deux cas d'hémiatrophie de la langue, par G. CHIUCINI (*Il. Policlinico*. Vol. I-M, fasc. II, 1894).

Deux observations détaillées, accompagnées de figures.

Dans le premier cas, chez un homme de 25 ans, la cause de l'hémiatrophie n'a pu être trouvée, il paraît certain que la syphilis était absente, malgré une vie déréglée et divers accidents vénériens. Il y a cinq ans, cet homme fut, pendant quelque temps, sujet à des accès de mutisme subit et complet, se répé-

tant plusieurs fois par jour, durant 5 à 10 minutes ; il lui était alors impossible de proférer un son, il s'arrêtait court au milieu d'une phrase quoiqu'il sût fort bien le mot qu'il voulait dire et reprenait la parole aussi subitement. L'arsenic et des compresses froides sur la tête eurent raison de ces accidents en 15 à 20 jours. Beaucoup plus tard, il s'aperçut par hasard que sa langue était déviée à gauche, sans aucune gêne d'ailleurs. L'auteur constata une atrophie de la moitié gauche de la langue dans son tiers antérieur avec déviation du raphé à droite lorsque la langue est dans la bouche et déviation de la langue et de son raphé gauche sur la langue pendante ; le voile du palais légèrement dévié à gauche, la corde vocale gauche parétique et atteinte d'une cordite légère. Il n'y a aucun trouble fonctionnel, à part une diminution du goût.

Dans le second cas, l'hémiatrophie de la langue survint à la suite d'une blessure grave au côté gauche du cou qui avait évidemment intéressé le grand hypoglosse ; l'hémi-parésie, des troubles graves de la parole s'installèrent aussitôt que la plaie fut guérie, au bout de 28 jours ; quatre mois plus tard, il n'y avait pas encore d'atrophie, mais elle était notable au bout de vingt mois ; le voile de palais, le larynx sont normaux, le goût peu altéré. Les troubles de la prononciation sont minutieusement étudiés.

M. N. W.

Calcul de l'amygdale gauche, par R. BOTEY (*Arch. latinos de rinol. lar. otol.* Année VI, n° 50, page 33.)

L'auteur insiste sur la rareté des calculs amygdaliens : sur plus de cinq mille affections du pharynx, observés par lui depuis neuf ans, il n'en a rencontré qu'un cas.

Il s'agit d'un homme de 33 ans, éprouvant depuis deux ans des douleurs localisées au côté gauche de la gorge ; jamais d'amygdalites aiguës antérieurement ; le début a été progressif. L'amygdale gauche, volumineuse, présente en son milieu une fissure verticale demi-béante au fond de laquelle se reconnaît un corps dur : celui-ci, après débridement au bistouri du tissu amygdalien, est facilement extrait avec une pince ; il est formé d'un calcul de phosphate de chaux de 19 millimètres sur 15. La loge occupée par ce calcul ne se combla qu'après grattage avec la curette de Trautmann et application de glycérine au sublimée à 1/25.

B. insiste sur les inconvénients qui résultent de la présence d'un calcul dans une région dangereuse comme la loge amygd-

lienne, à deux pas de la carotide interne et de la jugulaire dont elle n'est séparée que par le mince plan musculo-aponévrotique, qui forme le fond de cette cavité. Le calcul amygdalien est une « épée de Damoclès », constamment suspendue sur le pharynx du malade.

M. L.

Les amygdalites aiguës et leurs formes, par le Prof. MASSEI (*Riforma medica*, n° 17 et 18, janvier 1895).

Deux leçons formant une monographie très complète sur ce sujet ; au point de vue de la classification, l'auteur adopte celle de M. Marfan, qui divise les angines en rouges, inflammatoires, et blanches, exsudatives avec leurs subdivisions, suivant les microorganismes qui les causent ; il insiste beaucoup sur l'insuffisance du diagnostic purement clinique, insuffisance qui a une importance pratique, thérapeutique, essentielle. Nous ne voyons d'ailleurs rien d'original à noter pour l'étiologie, ni pour les symptômes et le traitement.

M. N. W.

Excision des amygdales au moyen de ciseaux, par A. BLISS, de Philadelphie (*Therap. gazette*, 15 mars 1895).

L'auteur décrit des ciseaux coudés à lames courtes et à branches solides dont il se sert pour enlever les amygdales. Il préfère opérer ses malades après éthérisation. Il enlève les amygdales par fragments et fait parfois plusieurs séances. Trois photographies sont adjointes à ce travail qui renferme aussi une revue statistique des cas d'hémorrhagie après l'amygdalotomie.

M. LS.

Hémorrhagie après la tonsillotomie, par PRICE-BROWN (*Canadian practitioner*, 15 décembre 1894).

L'auteur rapporte en détail trois cas qu'il a observés lui-même et fait remarquer qu'il n'a jamais eu d'hémorrhagie sérieuse primitive ou secondaire. D'ailleurs, l'ancienne opinion que l'on peut blesser la carotide interne est aujourd'hui considérée comme fausse.

En réunissant les cas rapportés, l'auteur arrive à un total de 64, dont trois chez des enfants de 6, 8 et 10 ans. Dans les 61 cas d'adultes, l'hémorrhagie s'est toujours produite deux jours après l'ablation des amygdales d'où l'indication de garder les opérés en observation pendant au moins trente-six à quarante-huit heures.

M. LS.

Traitement de la diphthérie, par LENNOX BROWNE (*The medical press and circular*, 13 février 1895, n° 7).

Cette leçon est une revue des résultats obtenus jusqu'à présent par la sérumthérapie appliquée à la diphthérie. L'auteur insiste avec raison sur la difficulté qu'il y a à comparer entre elles les différentes statistiques ; on perd, en général, de vue que la mortalité par diphthérie a toujours été beaucoup plus faible en Angleterre qu'ailleurs ; à Paris, avant l'antitoxine, la mortalité moyenne était de 51,7 %, tandis qu'elle était à Londres (North-Western Hospital) de 26, 4 % ; en soustrayant les décès survenus dans les 24 heures après l'admission, la mortalité tombe à 22,4 % et en rejetant les décès des 40 premières heures, à 17,86 %. Après avoir décrit le mode de traitement, l'auteur examine les bons effets et aussi les inconvénients de l'antitoxine ; son expérience personnelle est d'accord avec celle de beaucoup d'auteurs : la tendance à la néphrite est accrue par l'antitoxine ; l'excrétion de l'urée est de beaucoup supérieure à celle que l'on observe en dehors de l'injection de sérum, il y a donc déjà certainement un surcroît de besogne pour le rein ; dans les cas de décès consécutifs au traitement nouveau il y avait de l'anurie.

La statistique personnelle de l'auteur est la suivante : 43 cas, dont 44 bactériologiquement vérifiés, 2 décès = 4, 4 %. Dans les 24 jours précédant le traitement par l'antitoxine il y avait eu 50 cas, 17 décès = 34 %. *Le traitement par le sérum n'a jamais été employé seul, mais toujours concurremment avec le traitement local et général antérieurement adopté*, ce que l'auteur considère comme la conduite rationnelle, quoique moins intéressante au point de vue expérimental.

M. N. W.

Prophylaxie de la diphthérie par l'antitoxine. (*Arch. of pediatrics*, février 1895, p. 108).

Le pharynx de tous les enfants ayant été examiné à l'Asile infantile de New-York, on trouva le bacille de Löffler chez près de cent enfants bien portants ; tous les nouveaux cas de diphthérie se développèrent précisément chez ces enfants. Soixante d'entre eux furent alors isolés ; 30 reçurent matin et soir une douche naso-pharyngienne d'eau salée : il n'y eut pas de diphthérie sur ce nombre, 30 autres reçurent en plus une injection préventive de sérum de Behring (150 unités) ; un enfant de cette dernière série, garçon de 5 ans, fut atteint, cinq semaines après l'injection, de pneumonie lobaire, suivie de diphthérie.

M. N. W.

La sérothérapie dans la diphthérie, par EGIDI (*Bollet. delle malat. dell'orecch.*, janvier 1895).

L'auteur rapporte le résultat des observations qu'il a faites sur l'emploi du sérum antidiphthérique dans les hôpitaux de Paris. De cette étude, entièrement favorable à la sérothérapie, il conclut que : 1° le sérum doit être employé non-seulement comme moyen curatif, mais encore à titre prophylactique ; 2° le sérum ne guérit pas tous les cas de diphthérie ; les insuccès ne sont pas dus cependant à son inefficacité, mais bien à l'association au bacille de Löffler de microbes divers, en particulier de streptocoques. Aussi le diagnostic bactériologique est-il nécessaire avant d'entreprendre les injections du sérum ; 3° dans les grands centres, les enfants atteints de diphthérie devront être réunis dans des pavillons spéciaux, non-seulement par raison d'hygiène, mais afin de fournir les éléments d'une vaste statistique.

M. BOULAY.

Sténose syphilitique du pharynx, par BATTLE (*The medical press and circular*, n° 7, 1893, p. 163).

Le patient, âgé de 24 ans, est présenté à la Société clinique de Londres. A la suite d'une ulcération tertiaire du pharynx, il s'est constitué un rétrécissement cicatriciel à la partie inférieure du pharynx, à la hauteur de la base de la langue ; un cathéter n° 12 passait à peine, l'épiglotte avait disparu. Trachéotomie, puis incision de la cicatrice à l'aide de ciseaux et du bistouri, enfin dilatation progressive, que l'on est obligé de continuer de temps en temps, afin de combattre la tendance énorme à la rétraction du tissu cicatriciel ; en somme, l'état du patient est satisfaisant. Il est à noter qu'une lésion antérieure avait abouti à l'occlusion presque complète du naso-pharynx, de sorte que la bouche tendait à se transformer en un cul-de-sac.

M. N. W.

Syphilides buco-pharyngiennes et abcès rétro-pharyngien, par P. MERMET (*Gazette des hôpitaux*, 12 mars 1893).

Observation très intéressante d'un malade entré à l'hôpital pour des accidents angineux et une tuméfaction unilatérale de la région cervicale, survenus quelques semaines après l'apparition d'un chancre syphilitique. M. insiste sur la rareté de ces abcès rétro-pharyngiens, consécutifs à des accidents syphiliti-

ques, et sur l'évolution un peu particulière de l'affection chez son malade. Le début a été insidieux, la marche presque apyretique, et la durée assez longue : l'abcès a mis en effet quinze jours à se former et à se collecter. Fait remarquable, les lésions se sont réparées très rapidement, et quinze jours après l'incision, la guérison était complète. Comme traitement, M. recommande dans ces cas, l'ouverture par la voie cervicale.

G. LAURENS.

Des rapports de la tuberculose et de la diphtérie, par le Prof. LÉON REVILLON de Genève (*La tuberculose*, 30 janvier 1895).

Dans une première partie de son travail, l'auteur tend à démontrer par sa statistique que la diphtérie frappe souvent les membres d'une même famille, à des années de distance, dans des lieux différents, de sorte qu'il ne saurait être question de contagion ; il s'agit bien d'une réceptivité particulière, d'une prédisposition familiale au contagement diphtérique ; d'autre part, à Genève (comme Émile Feer l'a constaté aussi pour Bâle), la diphtérie est bien une maladie épidémique, mais presque pas contagieuse.

Dans la seconde partie de cet article, l'auteur soutient cette thèse, que la diphtérie et la tuberculose coexistent avec une grande fréquence dans les mêmes familles. Beaucoup d'auteurs ont déjà fait cette remarque, la tuberculose et la scrofule sont généralement considérées par les pédiatres comme favorisant le développement de la diphtérie ; l'auteur cite un certain nombre d'observations soit personnelles, soit recueillies dans la littérature à l'appui de cette manière de voir. M. N. W.

La diphtérie et son traitement par le sérum de Behring dans la ville de Foggia, par CARDOUE (*Bollet. delle malat. dell'orecch.*, mars 1895).

L'auteur rapporte l'histoire de dix-huit cas de diphtérie, dans lesquels il a obtenu d'excellents résultats de la sérothérapie. Il recommande de commencer les injections du sérum aussi près que possible du début de la maladie.

Exposé clinique général sur la diphtérie, les diphtériques et la sérothérapie, par V. COZZOLINO. (*Bollet. delle malat. dell'orecch.*, etc. février, 1895).

C. a consigné dans cette étude le résultat de ses observations,

sur le traitement de la diphthérie dans les hôpitaux de Berlin, de Prague, de Vienne, de Munich et de Graz. Il insiste sur l'innocuité du sérum de Behring, qui peut être administré impunément à forte dose, des éruptions ortiées sans gravité étant le seul accident à craindre. Des doses massives sont même préférables aux doses faibles et répétées. Il n'existe en effet pour le sérum, ni dose thérapeutique, ni dose toxique, comme on en distinguait jadis pour les médicaments antiseptiques, préconisés contre la diphthérie. Il ne faut donc pas craindre de sursaturer l'organisation d'antitoxique : si les jeunes enfants, traités par le sérum, guérissent, ainsi qu'on l'a remarqué, plus facilement que les grands, cela tient précisément à ce que, chez eux, les vertus immunisantes du sérum se concentrent, pour ainsi dire, sur une moindre masse de tissus.

L'injection de sérum doit être faite, non-seulement à dose suffisante, mais encore aussi près que possible du début de l'affection. C. n'a pas constaté un seul décès chez les enfants traités dès le premier ou le second jour. Aussi ne craint-il pas d'avancer qu'avec la sérothérapie, on ne meurt pas de diphthérie pure ; ce sont les infections secondaires qui mettent un obstacle à la guérison. Un traitement précoce prévient en outre le développement de paralysies, ou atténue ces dernières.

La sérothérapie de la diphthérie ne comporte aucune contre-indication. En ce qui concerne la trachéotomie et l'intubation, le traitement local et général à associer à la sérothérapie, l'examen bactériologique, etc., l'auteur n'apporte aucune notion nouvelle.

M. BOULAY.

Paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse, reconnue non diphthéritique à l'examen bactériologique, par H. BOURGES, (*Arch. de méd. expérimentale*, janvier 1895, p. 17).

Il s'agit d'un enfant qui, à la suite d'une angine pseudo-membraneuse, eut successivement des paralysies des muscles oculomoteurs, du voile du palais, des membres inférieurs. L'examen bactériologique des fausses membranes montra un streptocoque à faible virulence, ne cultivant pas sur pommes de terre, un gros coccus ne paraissant pas pathogène et un bacille ne prenant pas le Gram. B. attribue les paralysies et l'angine au streptocoque.

M. L.

Doit-on toujours opérer les végétations adénoïdes ? par HERMET.
(*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, n° 60,
20 décembre 1894.)

L'intention de l'auteur « n'est pas de faire son procès à l'opération des végétations adénoïdes, mais de montrer qu'on opère trop hâtivement. » Ce qui l'a engagé à faire ce travail, c'est qu'il a observé des enfants adénoïdiens manifestes chez lesquels il ne put intervenir pour une raison ou pour une autre et qui ne s'en portèrent pas plus mal. L'ablation était-elle donc toujours utile ? Pour s'en assurer, chaque fois qu'un enfant ne présentait pas un arrêt de développement, de l'inaptitude au travail, des maux de tête persistants, des accidents auriculaires, Hermet se cantonna désormais dans une prudente expectative, quitte à opérer si une des indications plus haut signalées apparaissait. C'est ainsi qu'il mit 103 malades en observation, sur lesquels il n'eut à pratiquer que 14 opérations. Cette prudence peut « exposer le malade à des accidents auriculaires ». Mais cette complication n'est souvent rien. En tous cas, elle n'est pas comparable aux graves dangers de l'ablation des adénoïdes ; c'est, dit l'auteur, la méningite, la mort par le brométhyle, les accidents cocaïniques mortels, les hémorrhagies. Enfin, voilà quelle est la pratique de M. Hermet. Il range les malades en deux catégories : 1° ceux à opérer sans retard ; 2° ceux chez lesquels on doit attendre. Dans cette dernière catégorie il range les enfants qui n'ont que des végétations peu volumineuses, une croissance normale, pas de céphalalgie, pas de troubles auditifs. A 18 ans, en tous cas, il n'opère plus, « les adénoïdes subissant à cet âge un travail de régression qui les empêche de devenir gênantes ou dangereuses. » Et dans ces conclusions il insiste de nouveau sur les dangers que présente l'opération des adénoïdes, « opération qui n'est pas inoffensive ». Il rappelle qu'il est des cas où il faut savoir s'abstenir, d'autres enfin où l'intervention chirurgicale doit être pratiquée avec une circonspection extrême. F. HELME.

IV. — LARYNX ET TRACHÉE

Absence de l'épiglotte, par TH. HUBBARD. (*New-York med. journ.*,
6 avril 1895.)

Cas de destruction complète de l'épiglotte qui se trouvait réduite à un moignon de un demi centimètre de large, sur un demi centimètre de long. La destruction était si complète qu'on songea

à une malformation congénitale. Les angles irréguliers rongés du moignon écartaient cette hypothèse. Le malade fut suivi plus de six mois sans modification locale notable, sans signe de tuberculose pulmonaire, au moins à marche rapide, de tuberculose laryngée. Aucun vestige de syphilis. La destruction de l'épiglotte semble finalement dépendre d'une tuberculose chronique ou d'un lypus.

A. F. PLICQUE.

Papillomes multiples du larynx, par L. BARAJAS (*Rev. de med. y chirurg. pract.*, 22 décembre 1894).

Enfant de neuf ans, chétive, atteinte depuis deux ans d'un enrouement progressif qui, peu à peu, aboutit à l'aphonie ; à cela se joignent des accidents dyspnéiques qui imposent l'intervention. Après cocaïnisation préalable, B. put voir le larynx presque totalement rempli par une tumeur rose pâle, d'aspect papillomateux, multilobée, s'insérant sur la corde vocale droite : la sténose glottique était encore augmentée par une tuméfaction inflammatoire de la muqueuse inter-aryténoïdienne. Grâce à l'anesthésie locale et avec des pinces construites spécialement pour le malade, B. put, dans une première séance, extraire par les voies naturelles une grosse partie de la tumeur, ce qui immédiatement soulagea la dyspnée : il fallut, dans l'espace d'un mois, deux autres interventions pour amener la guérison.

M. L.

Un cas de syphilis héréditaire tardive du larynx, par A. SOKOLOWSKI (*Arch. intern. de laryngologie*. Tome VII, n° 3, page 267, septembre-octobre, 1894).

On admet que les affections syphilitiques du larynx fourmillent environ trois pour cent du total des maladies laryngées. S. considère cette proportion comme trop forte, car elle s'abaisse à un demi pour cent, s'il dépouille les observations de plus de sept mille malades venus à sa clinique. La syphilis héréditaire du larynx surtout, est d'une rareté excessive, ce qui fait l'intérêt de l'observation suivante.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, enrouée depuis six semaines. Cet enrouement, qui a débuté sans cause apparente, s'explique par des lésions ulcéreuses du larynx. Ces ulcérations, au premier abord, font penser à la tuberculose. Cependant, elles présentent plusieurs caractères qui portent à douter de l'exactitude de ce diagnostic : 1° la paroi postérieure du larynx est absolument intacte, fait rare dans l'histoire de la

tuberculose laryngée ; 2° les ulcérations, quoique occupant le bord libre de l'épiglotte, ne donnent lieu à aucune douleur pendant la phonation ni pendant la déglutition. De plus, absence de signes pulmonaires, de toux, d'expectoration, d'amaigrissement. Le père ayant déclaré avoir contracté la syphilis quelques années avant son mariage, S. institue un traitement par l'iodure de potassium, joint aux inhalations et badigeonnages laryngés de sublimé. En quelques semaines, les ulcérations se cicatrisent.

Il n'existe dans toute la littérature allemande qu'une douzaine de cas de ce genre.

M. L.

Un cas compliqué de sténose laryngée d'origine nerveuse, par E. KRAUS (*Rev. de thérap. méd. chirurgicale*, 1895).

Observation d'une malade qui présentait à la fois une paralysie de la corde vocale droite, et une contracture, accompagnée de quelques mouvements spasmodiques de la corde vocale gauche ; d'où, aphonie et surtout accès de suffocation très inquiétants. La paralysie, post-diphthérique, resta ce qu'elle était ; mais la contracture guérit complètement sous l'influence de la suggestion hypnotique, et les troubles fonctionnels disparurent avec elle ; à la paralysie vocale s'associait donc un spasme purement nerveux.

H. RIPAULT.

De l'herpès du larynx, par BRINDEL (*Revue de laryngologie*, 13 mars 1895).

L'affection, encore mal connue plutôt que rare, est une localisation isolée, plus souvent associée à d'autres manifestations de la fièvre herpétique.

Elle occupe la face laryngée de l'épiglotte et la région des aryténoïdes, rarement la région glottique ; se caractérise par des vésicules laissant après elles des ulcérations petites et superficielles, entourées d'une muqueuse très enflammée ; les symptômes généraux sont assez marqués ; la dysphagie douloureuse, les altérations vocales, une dyspnée légère sont les troubles fonctionnels ordinaires.

Le diagnostic avec toutes les laryngites aiguës est facile, mais par le laryngoscope seul.

Le début est brusque, la marche rapide ; la guérison s'obtient en deux à trois semaines ; mais les récidives sont à craindre.

Le traitement local est anodin ; s'abstenir de caustiques.

H. RIPAULT.

Un cas de laryngite aiguë intense, d'origine traumatique, par G. COMPAIRED (*Revista de lar. otol. y rinol.* Tome X, n° 7, janvier 1895).

Un homme de 22 ans se présente atteint d'aphonie avec douleurs laryngiennes vives au moment des efforts d'émission vocale, en même temps que de dysphagie : abondante expectoration muco-purulente. Il fait remonter le début de ces accidents à quinze jours plus tôt : alors, étant en proie à un délire pneumonique, il avala une cuiller, qui ne tarda pas, d'ailleurs, à être extraite de l'œsophage, où elle occupait une situation où son manche, placé de champ et facilement enclavé, exerçait une pression intense sur la paroi postérieure du larynx. Le laryngoscope montre une épiglote rouge et sectionnée en partie du côté gauche et une tuméfaction notable des cordes vocales inférieures et supérieures qui, partiellement confondues dans leur moitié antérieure, ne laissent qu'un espace glottique extrêmement rétréci.

Le traitement consista, outre le repos total de l'organe vocal, en pulvérisations répétées trois à quatre fois par jour d'une solution mixte d'antipyrine à 1/300 et de cocaïne à 1/500 ; suivies plus tard de badigeonnages du larynx au nitrate d'argent. En raison de leur action ischémiant qui s'ajoute à leur effet sédatif, l'antipyrine et la cocaïne semblent, d'après C., très supérieures à la morphine que Schrötter recommande dans le traitement de la laryngite aiguë.

M. L.

Traitement de la tuberculose laryngée, par W. GLEITSMANN (*Med. record*, 6 avril 1895.)

G. cite la possibilité des guérisons spontanées, la possibilité surtout d'améliorations spontanées, faits importants pour apprécier la valeur exacte des différents moyens. Pour lui, l'acide lactique employé dès le début et non après échec d'une série d'autres agents reste le meilleur moyen. En cas d'infiltration les injections sous-muqueuses faites avec cinq gouttes de la solution à cinquante pour cent donnent, avec moins de douleur, presque autant de résultat que le curettage et l'ablation. C'est surtout en cas de gonflement des aryténoïdes avec dysphagie qu'elles réussissent. Elles ne seront en général faites que tous les dix jours environ après l'élimination de la large escharre qui leur succède.

A. F. FLICQUE.

Traitement de la tuberculose laryngée par les applications et les injections sous-muqueuse de créosote, par WALTER F. CHAPPELL (*N. Y. med. journ.*, 30 mars 1895).

C. commence par discuter l'emploi de la curette, source de réinfections secondaires et qui doit être réservée pour la période ulcéreuse de la phthisie laryngée. L'usage de la créosote à l'intérieur donne une amélioration, mais l'effet maximum est obtenu en employant, en même temps que l'administration interne, les applications et les injections sous-muqueuses de créosote. Avant l'application, le larynx sera badigeonné à la cocaïne. La proportion de créosote ne dépassera pas 8 gr. pour 30 gr. d'huile et même 4 gr. pour 30 en cas d'ulcération. Les applications faites au moyen d'une seringue intra-laryngée ou d'un tampon de coton ne seront faites que tous les trois ou quatre jours. Des applications trop fréquentes dessèchent et font gonfler la muqueuse laryngée. Après chaque application le malade évitera d'avaler et de tousser le plus longtemps possible. Les injections sous-muqueuses exigent un modèle de seringue spécial. C. rapporte sept observations où ce traitement a donné les meilleurs résultats. Non seulement il a amélioré la dysphagie, l'enrouement, la toux, il a fait disparaître d'autant plus complètement qu'il avait été commencé à une période plus précoce, les infiltrations et les hypertrophies. Des ulcérations tuberculeuses limitées et peu profondes y sont même certaines. Même à la période d'ulcération il produit une amélioration notable sur la toux, l'expectoration, la douleur, la fétidité des sécrétions. Combiné avec des conditions climatériques et hygiéniques favorables, le traitement par la créosote semble plus que tout autre susceptible d'amener la guérison des lésions laryngées et des lésions pulmonaires qui les accompagnent. A. F. FLICQUE.

L'excision du larynx, par C. POWERS et J. WHITE (*Med. record*, 23 mars 1895).

P. et W. rapportent six observations personnelles de laryngectomie : 1° laryngectomie partielle avec mort par récurrence à la fin du cinquième mois pour un épithélioma ; 2° laryngectomie totale après une première opération endolaryngée, mort de récurrence au bout d'un an ; 3° laryngectomie partielle avec mort de récurrence après quatorze mois ; 4° laryngectomie partielle pour un sarcome ; guérison parfaite maintenue après quatre ans. C'était

un sarcoïde à petites cellules rondes ; l'ablation avait porté sur toute une moitié du larynx laissant seulement la grande corne du thyroïde ; 5° laryngectomie totale avec mort de récédive au bout de deux mois et demi (cancer) ; 6° laryngectomie partielle avec mort de pneumonie septique au quatrième jour. Ce travail analyse de plus 309 observations étrangères. Il y eut 101 de ces opérations donnant comme proportion 47 % dans les lar. totales, 27 % dans les laryngectomies partielles. Sur 180 laryngectomies totales, 72 malades succombent à l'opération, 51 moururent de récédive avant la fin de la 1^{re} année, 11 survivaient sans récédive plus de trois ans et, dans trois cas, six et huit ans après l'opération. Sur 77 laryngectomies partielles 26 moururent moins de deux mois après l'opération, 7 survivaient sans récédive après trois ans. Même en cas de récédive l'opération semble encore utile pour diminuer les souffrances des malades. Le succès final semble dépendre avant tout de la période du diagnostic. Dans les cas douteux on doit avoir recours à la thyrotomie exploratrice. Mais, en résumé, l'opération donne la seule chance de guérison durable. La mortalité semble d'ailleurs moindre dans les observations récentes, surtout pour la laryngectomie totale.

A. F. PLICQUE.

Un cas peu commun de diphthérie trachéale, par E. W. GOODALL (Clinical Society of London ; in *Brit. med. journ.*, 1895, p. 534).

Garçon de 4 ans, admis à l'hôpital pour de la diphthérie pharyngée. Au neuvième jour il expectora une fausse membrane trachéale et continua pendant huit jours à expulser des membranes de la trachée et des bronches ; il eut ensuite des paralysies oculaires, du voile du palais, des membres, et finit par se remettre. Le point intéressant réside dans l'absence de la dyspnée, qui s'explique par l'absence de la laryngite. L'auteur a observé la même chose dans trois autres cas, chez des enfants de 4 ans et chez une jeune fille de 18 ans.

M. N. W.

Tubage dans la diphthérie. Dysphagie, par F. C. EVANS (Société clinique de Louisville. *Arch. of pediatrics*, février 1895, p. 129).

Laryngite diphthérique chez une fillette de 3 ans, croup, tubage ; pas de fausses membranes pharyngées ; diphthérie nasale.

L'enfant refusait absolument toute nourriture, ni la force ni

la douceur n'arrivaient à lui faire avaler quoi que ce soit ; elle gardait le liquide dans sa bouche pour le cracher aussitôt qu'elle ne se croyait plus observée. On eut recours avec succès au gavage, continué pendant les six jours du tubage et un jour ou deux après ; guérison. L'enfant était gavée par la bouche. Dans la discussion qui suit cette communication, quelques membres de la société conseillent de passer plutôt la sonde œsophagienne par le nez ; il est vrai que cette voie n'admet que des sondes de fort petit calibre.

M. N. W.

Thyrotomie pour sarcome du larynx, par H. S. BIRKETT (*New-York med. journ.*, 1894, p. 619).

Ce sarcome s'était développé au-dessous de la glotte, contre les cordes vocales, entraînant une dyspnée qui nécessita la trachéotomie. La thyrotomie fut retardée, la malade étant enceinte et presque à terme, jusqu'à l'accouchement. Après l'accouchement, il y eut une diminution marquée de volume et de la congestion du sarcome. La thyrotomie, faite trois semaines après les couches, permit l'ablation facile du sarcome dont le pédicule fut ensuite cautérisé à l'acide chromique. L'examen histologique montra un sarcome à cellules fusiformes. Pas de récurrence au bout de quatre mois.

A. F. PLICQUE.

V. — OESOPHAGE, CORPS THYROÏDE, etc.

Effets de la thyroïdectomie chez les serpents, par CRISTIANI (*Bulletin de la société de biologie*, 1895, p. 22).

L'auteur relate les résultats de 22 expériences seulement ; les autres n'ayant pas été accomplies avec autant de succès, il n'en tient pas compte : les animaux ont eu moins de vivacité dans leurs mouvements, quelques-uns ont eu de véritables convulsions, la mort a été généralement assez rapide, en quelques jours le plus souvent.

A. G.

Myxœdème infantile. Traitement thyroïdien, par M. LEBRETON (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 2 janvier 1895, page 965).

L. présente un malade âgé de 13 ans, qui vers l'âge de 3 ans, présentait les premiers signes de torpeur intellectuelle et de dé-

veloppement myxœdémateux. Avant le début du traitement il offrait tous les symptômes du myxœdème ; pas de corps thyroïde. On lui fait prendre un lobe de corps thyroïde par jour avec recommandation de le faire frire légèrement au beurre. Dès le deuxième jour, agitation durant seulement quelques heures après le repas. Quinze jours après le début du traitement, l'enfant est méconnaissable : actuellement, l'infiltration myxœdémateuse a disparu, la seconde dentition se fait régulièrement ; l'enfant a beaucoup grandi. La guérison persiste à condition que l'enfant prenne tous les jours un lobe de corps thyroïde.

M. L.

Un cas type de myxœdème congénital au début du traitement thyroïdien, par E. RÉGIS (*Mercredi médical*, 23 janvier 1895).

Il s'agit d'une jeune malade de 13 ans présentant l'aspect, l'attitude et tous les attributs caractéristiques du myxœdème infantile ou congénital, qui est soumise au traitement spécifique à l'aide de pastilles de thyroïdine. Chaque pastille est dosée à vingt centigrammes de suc pur et la malade en prend une par jour. L'auteur insiste sur l'effet rapide et actif de cette médication thyroïdienne qui, d'une part, a provoqué quelques accidents : fièvre, agitation, vertiges, tachychardie, insomnie et d'autre part a amené une amélioration notable au bout de quelques jours. L'aspect est moins bouffi, le pouls meilleur, le taux de l'urine plus élevé, l'activité intellectuelle et mentale moins déprimée. Régis recommande : 1° de ne recourir qu'à une préparation thyroïdienne exactement dosée et de débiter par des quantités minimales, de façon à éviter des accidents sérieux ; 2° de surveiller de très près l'emploi et les effets du médicament.

G. LAURENS.

La médication thyroïdienne, par G. LYON (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 30 mars 1895).

Cette médication est employée : 1° dans le myxœdème ; 2° contre les goîtres simples et même exophtalmiques ; 3° contre diverses affections : dermatoses, syphilides, obésité.

Le but de la médication dans le myxœdème et de restituer à l'économie les éléments thyroïdiens qui lui manquent, et divers procédés ont été proposés. Tout d'abord, on a pratiqué des greffes animales : les malades ont été améliorés, mais les résultats ont été incomplets et temporaires, quand la partie du corps

thyroïde greffée est résorbée, le malade retombe dans l'état où il se trouvait avant l'opération. On a cherché alors à faire pénétrer le suc thyroïdien dans l'organisme par une autre voie et on a eu recours aux injections hypodermiques. Ici encore l'amélioration était passagère, l'action transitoire. On fut donc conduit à employer le corps thyroïde en nature, administré par la bouche; cette méthode par ingestion est la plus recommandable, la plus pratique, et agit beaucoup plus efficacement que les autres. On emploie : ou la glande fraîche et l'on prescrit un lobe à prendre chaque jour, ou la poudre de glande thyroïde desséchée, en tablettes ou en pilules.

L'action du traitement est immédiate et l'on observe une amélioration, quelquefois dès le lendemain du jour où il a été institué, mais le plus ordinairement au bout de deux ou trois jours. L'infiltration œdémateuse des téguments disparaît peu à peu, le poids du corps diminue, les troubles trophiques cutanés s'atténuent, la température se relève, le nombre des hématies et des leucocytes augmente; en outre, des modifications importantes d'ordre psychique se produisent rapidement : les facultés intellectuelles se développent, la torpeur diminue, etc. Cette amélioration progressive se fait en quinze jours ou trois semaines, puis elle se maintient et dure pour ainsi dire indéfiniment à condition que le malade continue son traitement. Cette médication n'est cependant pas exempte de dangers, alors même que les doses d'extrait thyroïdien absorbées sont relativement faibles, et quelques auteurs ont signalé des accidents mortels. Comme effets toxiques on a observé surtout de la tachycardie, quelquefois des pertes de connaissance, de l'agitation, des douleurs, des spasmes, des crises épileptiformes, des phénomènes hystériques, des troubles digestifs, urinaires, cutanés, etc. Tous ces effets de la thyroïdisation n'ont pas seulement été observés en clinique, mais ils ont été constatés expérimentalement; il faut donc employer cette médication prudemment, la surveiller de près et la suspendre à la moindre alerte.

Appliquée au traitement des goîtres, la médication thyroïdienne a donné des résultats satisfaisants, surtout dans les goîtres simples; mais son action est beaucoup plus problématique dans les goîtres ayant subi la dégénérescence kystique ou colloïde, et surtout dans le goître exophtalmique.

G. LAURENS.

Opération du goître, par Roux (de Lausanne) (Congrès français de chirurgie, novembre 1894).

L'auteur condamne les injections interstitielles, il ne reconnaît que l'intervention au bistouri. Sur 292 opérés, il a eu une mortalité de 1,36 %. Il tire les indications opératoires de la gêne respiratoire, des troubles de la voix avec ou sans cornage, de la difficulté de la déglutition, des troubles cardiaques. 104 fois, il a pratiqué l'ablation par la méthode de Kocher et 73 fois l'énucléation par le procédé de Socin ; dans l'immense majorité des cas l'anesthésie locale lui a suffi. Jamais il n'a observé de myxœdème opératoire.

G. LAURENS.

Un cas d'exothyropexie pour un goître suffocant, par H. HARTMANN. (*Mercredi médical*, 13 mars 1893).

Il s'agit d'une femme présentant depuis longtemps un goître très volumineux, occupant toute la face antérieure du cou et s'enfonçant à la partie inférieure sous la fourchette sternale. Cette malade fut prise très rapidement de dyspnée extrêmement intense avec cornage et tirage sus et sous-sternal dus à une augmentation de volume de son goître et aussi à une poussée aiguë de bronchite. La trachéotomie étant impossible, Hartmann fit une incision sur la ligne médiane antérieure du cou, décolla rapidement le goître et le luxa facilement au dehors ; un pansement à la gaze iodorformée fut ensuite placé sur la plaie. Immédiatement après la luxation du goître, le cornage cessa, tout alla bien les premiers jours : disparition de la dyspnée, abaissement de la température, mais bientôt la malade fit une pneumonie droite à laquelle elle succomba.

Comme le fait remarquer l'auteur, la mort est due à la continuation des accidents pulmonaires antérieurs à l'opération. Dans les cas de goîtres diffus, suffocants, il préconise l'exothyropexie qui est une opération simple, peu grave, fait disparaître instantanément les accidents de suffocation et est beaucoup moins dangereuse que la trachéotomie ou l'ablation.

G. LAURENS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMÉRIQUE

Pharynx et Varia.

W. D. Booker. Un cas de diphthérie combiné avec la rougeole et la petite vérole volante (*Arch. of pediatrics*, mai 1893).

Ch. E. Jones. Un cas de carcinôme encéphaloïde du pharynx et de l'œsophage (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril 1893).

L. Duncan Bulkley. Notes cliniques sur le chancre de l'amygdale avec analyse de 16 cas (*N. Y. med. rec.*, 27 mai 1893).

M. Allen Starr. Contribution à l'étude du myxœdème. Observations de trois cas traités avec succès par l'extrait thyroïdien (*N. Y. med. rec.*, 10 juin 1893).

G. W. Crary. Un cas de myxœdème traité par l'extrait thyroïdien administré par l'estomac; et description du mode de préparation de l'extrait (*N. Y. med. rec.*, 17 juin 1893).

M. V. Vinton. Fréquence des affections de la gorge chez les enfants des Ecoles de New-York (*N. Y. med. rec.*, 17 juin 1893).

J. A. Wyeth. Avancement d'une portion du maxillaire supérieur dans des cas de bec de lièvre, avec ouverture antérieure de la voûte palatine pour corriger la déformation des ailes du nez (*N. Y. med. rec.*, 24 juin 1893).

H. Hoyle Butts. Un nouvel instrument pour arrêter l'hémorrhagie tonsillaire (*N. Y. med. rec.*, 1^{er} juillet 1893).

J. B. Murfree. Diphthérie (*Amer. med. ass. Milwaukee*, 8 juin; in *N. Y. med. rec.*, 1^{er} juillet 1893).

M. P. Hatfield. La mortalité par la diphthérie en 1893 (*Amer. pediatric soc.*; in *N. Y. med. journ.*, 1^{er} juillet 1893).

J. Lewis Smith. Valeur du peroxyde d'hydrogène dans la diphthérie (*Amer. pediatric soc.*; in *N. Y. med. journ.*, 1^{er} juillet 1893).

Griffith, Forchheimer, Osler, H. Dwight, Chapin. Coqueluche (*Amer. pediatric soc.*; in *N. Y. med. journ.*, 1^{er} juillet 1893).

J. S. Haynes. Ozone dans le traitement de la diphthérie. Sept observations (*N. Y. med. journ.*, 15 juillet 1893).

Cheatham. Mycosis leptothrix des amygdales, du pharynx et de la base de la langue (*Amer. pract. and news*, 20 mai 1893).

Hemenway. Traitement local de l'amygdalite folliculaire (*Amer. Lancet*, juin 1893).

Graham Tull. Série remarquable de 33 cas de diphthérie traités par l'acide tartrique corrosif sublimé (*Saint-Louis, med. review*, 15 juillet 1893).

J. J. Putnam. Cas de myxœdème et d'acromégalie traités avec succès par la glande thyroïde de mouton. Observations récentes concernant la pathogénie de la cachexie consécutive à l'affection thyroïdienne; relations cliniques de la maladie de Graves et de l'acromégalie (*Amer. journ. of med. sciences*, août 1893).

C. J. Foote. Un cas de stomatite gangréneuse, avec examen bactériologique (*Amer. journ. of med. sciences*, août 1893).

G. E. Crawford. Diphthérie (*N. Y. med. journ.*, 22 juillet 1893).

E. D. Brown. Un cas de myxœdème traité pendant trois mois et demi par la glande thyroïde (*N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

R. H. M. Dawbarn. Hémorragie tonsillaire (*N. Y. med. rec.*, 29 juillet 1893).

J. Lewis Smith. Valeur du peroxyde d'hydrogène dans la diphthérie (*Arch. of pediatrics*, août 1893).

H. E. Tuley. Croup membraneux ou diphthérie (*Arch. of pediatrics*, août 1893).

A. Jacobi. Stomatite (*Arch. of pediatrics*, août 1893).

D. G. Woodvine. Nouvelles idées sur le traitement du rétrécissement de l'œsophage (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet 1893).

Beverley Robinson. Prophylaxie et traitement de la diphthérie (*N. Y. med. journ.*, 5 août 1893).

W. G. Thompson. Observation d'un cas de myxœdème (*N. Y. med. rec.*, 5 août 1893).

W. C. Krauss. Observation d'un cas de myxœdème (*Amer. neurol. assoc.* 27 juillet; in *N. Y. med. rec.*, 12 août 1893).

Roswell Park. Sarcôme primitif de l'amygdale. Deux cas de pharyngotomie externe (*N. Y. med. rec.*, 26 août 1893).

A. Rose. Bleu de méthylène comme remède contre la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 26 août 1893).

Price Brown. Rétrécissement organique de l'œsophage (*N. Y. med. journ.*, 26 août 1893).

J. Dunn. Un cas de sarcôme de l'amygdale (*N. Y. med. journ.*, 19 août 1893).

J. Rosenstirn. Lipômes de la langue, lipômes multiples symétriques et leur étiologie (*N. Y. med. rec.*, 23 septembre 1893).

E. Laplace. Gastrostomie dans le rétrécissement œsophagien (*Sect. of surgery of the Pan Amer. med. congress*, Washington, 7 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 16 septembre 1893).

W. P. Northrup. Des soins de la gorge et des oreilles chez les enfants (*Arch. of pediatrics*, octobre 1893).

A. D. Rockwell. Traitement du goître exophtalmique basé sur 55 observations consécutives (*N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

F. W. Koehler. Prophylaxie de la diphthérie vraie ou fausse (*N. Y. med. rec.*, 30 septembre 1893).

F. P. Kinnicutt. Myxœdème. Fonctions de la glande thyroïde et méthode actuelle de traitement de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 8 octobre 1893).

J. T. de Mund. Traitement abortif de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 7 octobre 1893).

P. H. Bryce. Influence des écoles sur le développement de la diphthérie (Section of hygiene of the Pan Amer. med. congress, Washington, 6 septembre; in *N. Y. med. rec.*, 7 octobre 1893).

L. C. Lane. Traitement de l'épithélioma de la langue (Section of surgery of the Pan Amer. med. congress; in *N. Y. med. journ.*, 14 octobre 1893).

J. R. Culkin. Question de la violence mécanique dans le traitement de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 14 octobre 1893).

W. K. Simpson. Un cas de sarcome du voile du palais démontrant la dégénérescence d'une tumeur bénigne (papillôme) en tumeur maligne. Ablation du voile du palais. Mort. (*N. Y. med. journ.*, 28 octobre 1893).

W. Osler. Crétinisme sporadique en Amérique (*Amer. journ. of med. sciences*, novembre 1893).

F. H. Williams. Diphthérie et autres affections membraneuses de la gorge (*Amer. journ. of med. sciences*, novembre 1893).

W. T. Councilman. Pathologie et diagnostic de la diphthérie (*Amer. journ. of med. sciences*, novembre 1893).

E. Mayer. Un cas de rétrécissement congénital de l'œsophage (*Amer. journ., of med. sciences*, novembre 1893).

T. A. de Blois. Le cautère dans la staphylootomie (*N. Y. med. journ.*, 21 octobre 1893).

J. C. Culberston. Diagnostic spécifique de la diphthérie (Mississippi Valley med. ass.; in *N. Y. med. journ.*, 21 octobre 1893).

Clinton Wagner. Un cas de glossite idiopathique aiguë (*N. Y. med. rec.*, 21 octobre 1893).

J. M. Batten. Traitement de la diphthérie (*Journ. amer. med. assoc.*, p. 406, 1893).

W. S. Tingley. Deux cas de diphthérie avec complications (*Cincinnati Lancet clinic.*, p. 317, 1893).

Applegate. 28 cas de diphthérie avec 11 décès dus à du lait infecté (*Med. news*, 26 août 1893).

J. S. Pyle. Observation d'un cas intéressant de dégénérescence kystique des glandes thyroïdes (*N. Y. med. rec.*, 4 novembre 1893).

W. A. Galloway. Traitement donnant une faible mortalité dans des cas de diphthérie dans la pratique hospitalière et privée (Mississippi Valley med. ass., in *N. Y. med. rec.*, 11 novembre 1893).

Clinton Wagner. Observations de calculs salivaires (*N. Y. med. journ.*, 11 novembre 1893).

M. Thorner. Pharyngite aiguë (Burnett's system of Diseases of the Ear, nose and Throat, Philadelphia, 1893).

Parker Syms. Epithélioma de la langue (Soc. of the Alumni of Bellevue hospital, 1^{er} novembre; in *N. Y. med. journ.*, 9 décembre 1893).

H. D. Niles. Gastrostomie dans les rétrécissements de l'œsophage (*N. Y. med. rec.*, 2 décembre 1893).

G. W. Crary. Myxœdème acquis et congénital, et emploi de l'extrait thyroïdien (*N. Y. acad. of med.*, 16 novembre; in *N. Y. med. rec.*, 2 décembre 1893).

Allen Starr. Projections de photographies de cas de myxœdème (*N. Y. acad. of med.*, 16 novembre; in *N. Y. med. rec.*, 2 décembre 1893).

G. H. Quay. Mycosis lingual (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

C. G. Fellows. Causes éloignées du catarrhe pharyngien (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, octobre 1893).

W. C. Townes. Pathologie et traitement du goître (Tri State med. soc. of Alabama, Georgia and Tennessee; in *Weekly Med. review*, 9 décembre 1893).

Harrison Allen. Remarques sur les anomalies congénitales de la face, avec présentation d'une forme rare de fente palatine (*N. Y. med. journ.*, 23 décembre 1893).

L. Landes. Traitement de la diphthérie par l'eucalyptus (*N. Y. med. rec.*, 16 décembre 1893).

R. B. Kimball. Un cas de myxœdème à forme inusitée. Guérison rapide (*N. Y. med. rec.*, 23 décembre 1893).

W. H. Daly. Traitement de la diphthérie par le calomel (*N. Y. med. rec.*, 23 décembre 1893).

W. T. Cathell. Etude sur les effets du tabac sur la gorge et le nez (Med. and chir. faculty of Maryland, 22 novembre; in *N. Y. med. rec.*, 9 décembre 1893).

L. Fischer. La stomatite diphthéritique peut-elle causer par infection la mastite diphthéritique chez un enfant en nourrice (*Arch. of pediatrics*, janvier 1894).

C. F. Durand. Traitement de la diphthérie (*Arch. of pediatrics*, janvier 1894).

H. M. Thomas. Pharyngo-mycose (*N. Y. med. rec.*, 6 janvier 1894).

Givens. Inflammations chroniques de l'amygdale (*Amer. pract. and news*, 30 décembre 1893).

W. F. Chappell. Deux cas de chancre de l'amygdale (*N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

F. Cohn. Eclairage modifié (*N. Y. Acad. of med. sect. of lar. and rhin.*, 27 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

J. Mount Bleyer. Appareil électrique (*N. Y. Acad. of med. sect. of lar. and rhin.*, 28 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

E. Mayer. Traitement de la pharyngite granuleuse (*N. Y. Acad. of med. sect. of lar. and rhin.*, 27 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

W. H. Park. Les bactéries de la gorge de l'homme et leurs relations avec les angines aiguës (*N. Y. Acad. of med. sect. of lar. and rhin.*, 27 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 27 janvier 1894).

T. E. Satterthwaite. Pathologie de la diphthérie (Med. soc. of the state of New-York, 6 février, in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

A. W. Suiter. Observations sur le diagnostic et sur quelques aspects de la diphthérie (Med. soc. of the state of New-York, 6 février; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

W. H. Daly. Diphthérie et croup, leur unité ou dualisme (Med. soc. of the state of New-York, 6 février; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

E. F. Brush. Traitement général de la diphthérie (Med. soc. of the state of New-York, 6 février; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

H. de V. Pratt. Emploi de l'émétique tartrique dans la diphthérie (Med. soc. of the state of New-York, 6 février; in *N. Y. med. journ.*, 10 février 1894).

Clinton Wagner. Sarcôme de l'amygdale chez un malade de 89 ans. Opération Guérison. (*N. Y. med. rec.*, 3 février 1894).

T R. Chambers. Le whisky n'est pas essentiel dans le traitement de la diphthérie (*Arch. of pediatrics*, mars 1894).

W. R. Townsend. Paralysie diphthéritique des muscles du cou (Soc. of the alumni of Bellevue hosp., 3 janvier; in *N. Y. med. journ.*, 24 février 1894).

E. B. Bayliss. Traitement local de la toux chronique (*N. Y. med. rec.*, 24 février 1894).

J. Oscoe Chase. Adhérences syphilitiques congénitales envahissant le palais, le septum, le naso-pharynx, la paroi pharyngée postérieure, le pharynx, l'épiglotte et le larynx (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, janvier 1894).

S. C. Delap. Traitement de l'hypertrophie tonsillaire (*Journ. of ophth. otol. and lar.*, janvier 1894).

Asch. Epithélioma de l'amygdale (*N. Y. eye and ear infirm. reporter*, janvier 1894).

Dabney. Electro-puncture pour la réduction de l'amygdale hypertrophiée (*med. and surg. reporter*, 3 février 1894).

Dorland. Statistique des affections des amygdales chez les enfants (*Virginia med. Monthly*, janvier 1894).

Mayer. Traitement de la pharyngite folliculaire (*N. Y. eye and ear infirm. reporter*, janvier 1894).

A. Jacobi. Traitement local de la diphthérie (*Therap. gazette*, 15 mars 1894).

H. Koplik. Diphthérie lacunaire aiguë des amygdales, avec études sur la relation de la diphthérie vraie et de la diphthérie pseudo-bacillaire (*N. Y. med. journ.*, 10 mars 1894).

J. A. Larrabee. Diphthérie (*N. Y. med. journ.*, 17 mars 1894).

S. Solis Cohen. Un cas de diphthérie précédé de symptômes inusités (*N. Y. med. journ.*, 17 mars 1894).

A. Weber. Notes sur le traitement de la diphthérie (*New Orleans med. and surg. journ.*, février 1894).

J. A. Booth. Goitre exophtalmique; thyroïdectomie (*N. Y. neurol. soc.* 6 mars; in *N. Y. med. journ.*, 24 mars 1894).

Warren Coleman. Epithélioma de l'amygdale (*N. Y. pathol. soc.*, 13 décembre 1893; in *N. Y. med. rec.*, 31 mars 1894).

J. K. Krook. Leçon sur le goitre exophtalmique (maladie de Graves ou de Basedow in *N. Y. med. journ.*, 7 avril 1894).

W. J. Mayo. Rétrécissement de l'œsophage. Division et dilatation après la gastrostomie et l'œsophagotomie (*N. Y. med. journ.*, 7 avril 1894).

H. Lilienthal. Méthode de diagnostic différentiel de sténose œsophagienne; deux observations (*N. Y. med. journ.*, 21 avril 1894).

W. F. Chappell. Bactériologie de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 14 avril 1894).

R. Winslow. Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel du pharynx (Clin. soc. of Maryland, 16 mars; in *New Orleans med. and surg. journ.*, avril 1894).

H. W. Berg. Causes, pathologie et symptômes des abcès rétro-pharyngiens (*N. Y. med. rec.*, 28 avril 1894).

C. Beck. Excision partielle de l'os hyoïde pour une fistule (*N. Y. acad. of med.*, 27 février; in *N. Y. med. rec.*, 28 avril 1894).

G. W. Crary. Myxœdème aigu et congénital et emploi de l'extrait thyroïdien (*Amer. journ. of med. sciences*, mai 1894).

Whitfield Ward. Ablation des amygdales (*Med. news*, p. 169, 1894).

C. C. Rice. Corps étranger du pharynx (*Arch. of pediatrics*, mai 1894).

W. C. Cole. Un cas de diphthérie chez l'enfant, transmise par un poulet (*Arch. of pediatrics*, mai 1894).

H. D. Hamilton. Anomalies congénitales symétriques des piliers antérieurs du pharynx (*N. Y. med. journ.*, 5 mai 1894).

L. A. Bull. Cancer de l'œsophage (*Journ. of ophthalm. otol. and lar.*, avril 1894).

E. W. Brickley. Lupus vulgaire (*Journ. of ophthalm. otol. and lar.*, avril 1894).

A. Rupp. Arêtes de poison dans la gorge, et ce qu'elles provoquent lors de la déglutition (*N. Y. med. journ.*, 19 mai 1894).

Dwight L. Hubbard. Instrument empêchant la pénétration du sang dans le larynx pendant les opérations sur la gorge et la bouche qui réclament l'anesthésie (*N. Y. med. journ.*, 9 juin 1894).

Fletcher Ingals. Maladies de la poitrine, de la gorge et du nez, comprenant le diagnostic physique et les affections des poumons, du cœur et de l'aorte, la laryngologie et les maladies du pharynx, du larynx, du nez, de la glande thyroïde et de l'œsophage (2^e édition revue et augmentée, un volume in-8^o de 700 pages, W. Wood and Co, éditeurs, New-York, 1894).

C. C. Rice. Pharyngite folliculaire chronique (*Arch. of pediatrics*, juin 1894).

S. Ayres. Myxœdème traité par la glande thyroïde du mouton (*Amer. neurol. ass. Washington*, 30 mai; in *N. Y. med. rec.*, 16 juin 1894).

J. A. Booth. La théorie thyroïdienne dans la maladie de Graves. Deux cas traités par la thyroïdectomie (*Amer. neurol. ass. Washington*, 30 mai; in *N. Y. med. rec.*, 16 juin 1894).

W. L. Glasgow. Pharyngite exsudative (16^e Congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1^{er} juin; in *N. Y. med. journ.*, 27 octobre 1894).

A. W. Watson. Sarcôme de l'amygdale (16^e Congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1^{er} juin 1894).

E. F. Ingals. Mycose du pharynx et de l'amygdale (16^e Congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1^{er} juin 1894).

H. L. Wagner. Contribution à l'étude de l'étiologie des affections rhumatismales dues aux maladies de l'amygdale (16^e Congrès de l'Amer. lar. ass. Washington, 1^{er} juin; in *N. Y. med. journ.*, 27 octobre 1894).

W. F. Chappell. I. Deux cas d'hypertrophie congénitale de la langue. II. Un cas de tuberculose de la glande thyroïde (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

D. L. Hubbard. Remarques sur l'emploi du galvano-cautère (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

J. F. McKernon. Un cas de torticollis consécutif à l'adénotomie (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

J. A. Booth. Quelques notes cliniques sur huit cas de goître exophtalmique (maladie de Graves ou de Basedow) (*Manhattan eye and ear hospital reports*, janvier 1894).

W. P. Northrup. Myxœdème infantile (*Amer. Pediatric. soc.*, 1^{er} juin; in *N. Y. med. rec.*, 21 juillet 1894).

Osler. Traitement heureux du myxœdème infantile (*Amer. Pediatric. soc.*, 1^{er} juin; in *N. Y. med. rec.*, 21 juillet 1894).

J. Dunn. Un cas de mycosis de l'amygdale pharyngée (*N. Y. med. journ.*, 28 juillet 1894).

A. E. Lamphear. Kyste de l'amygdale pharyngée (*N. Y. med. rec.*, 4 août 1894).

E. K. Dunham. Sarcôme lingual (*N. Y. pathol. soc.*, 14 février; in *N. Y. med. rec.*, 4 août 1894).

C. C. Rice. Un cas de pharyngite linguale (*Arch. of pediatrics*, août 1894).

H. Power. Goître exophtalmique (*N. Y. pathol. soc.*, 28 février; in *N. Y. med. rec.*, 11 août 1894).

G. E. Bean. Mycose tonsillaire (*N. Y. med. journ.*, 18 août 1894).

S. Goldstein. Un nouvel uvulotome (*N. Y. med. rec.*, 8 septembre 1894).

A. Caillé. Amygdalotomie suivie de diphthérie et de croup. Observation avec remarques sur la prévention de ces complications graves (*Arch. of pediatrics*, septembre 1894).

J. S. Carpenter. Diphthérie considérée au point de vue théorique et pratique (*Therap. gazette*, 15 septembre 1894).

J. A. Cantrell. Alimentation thyroïdienne dans le psoriasis (*Therap. gazette*, 15 septembre 1894).

Beverley Robinson. Gaz d'égoût comme cause d'affection de la gorge, ou l'effet du mauvais drainage sur la gorge (*N. Y. med. rec.*, 1^{er} septembre 1894).

J. Mount Bleyer. Le phonographe; son importance physique, physiologique et clinique (*N. Y. med. rec.*, 1^{er} septembre 1894).

W. Meyer. Méthodes récentes de gastrostomie pour rétrécissement œsophagien (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1894).

W. H. Welch. Recherches bactériologiques sur la diphthérie aux Etats-Unis. Rapport sur la diphthérie lu au nom du Comité américain au 8^e congrès International d'Hygiène et de Démographie tenu à Budapest du 1^{er} au 8 septembre 1894 (*Amer. journ. of med. sciences*, octobre 1894).

H. M. Biggs. Rapport au Conseil de Santé de la ville de New-York sur la valeur de l'examen bactériologique pour le diagnostic de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 15 septembre 1894).

C. E. Nammack. Psoriasis traité par l'extrait thyroïdien avec un résultat négatif (*N. Y. med. record*, 15 septembre 1894).

W. Hallock Park et A. L. Beebe. Diphthérie et pseudo-diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 29 septembre 1894).

R. S. Adams. Le bacille de Klebs-Löffler dans la gorge à l'état normal et dans la rougeole (*N. Y. med. rec.*, 29 septembre 1894).

A. Baginsky. Le traitement de la diphthérie, et surtout l'efficacité de l'antitoxine (*N. Y. med. rec.*, 6 octobre 1894).

L. Fischer. Antitoxine diphthéritique ou traitement curatif de la diphthérie par le sérum (*N. Y. med. rec.*, 6 octobre et 1^{er} novembre 1894).

C. H. Dickson. Notes sur le goître et le perfectionnement de son traitement (*Amer. electro. ther. ass.*; in *N. Y. med. rec.*, 13 octobre 1894).

O. A. Hodgetts. Epidémies de diphthérie dans les campagnes (*Amer. public health ass.*; in *N. Y. med. rec.*, 13 octobre 1894).

W. C. Hollopeter. Notes thérapeutiques sur la coqueluche (*The rap. gaz.*, 15 octobre 1894).

A. O'Malley. La diphthérie et la sérumthérapie (*N. Y. med. journ.*, 20 octobre 1894).

T. M. Rotch. Nomenclature des affections buccales (*Amer. pediatric soc.*; in *N. Y. med. journ.*, 20 octobre 1894).

A. Campbell White. Traitement de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 3 et 17 novembre 1894).

M. Manges. Cas de crétinisme sporadique (*N. Y. Acad. of med.*, 16 octobre; in *N. Y. med. rec.*, 3 novembre 1894).

F. H. Williams. Traitement local précoce de la diphthérie et d'autres affections de la gorge (*N. Y. Acad. of med.*, 16 octobre; in *N. Y. med. rec.*, 3 novembre 1894).

W. H. Park. Impossibilité de désinfecter les voies aériennes (*N. Y. Acad. of med.*, 16 octobre; in *N. Y. med. rec.*, 3 novembre 1894).

S. Solis Cohen. La gorge des gouteux (*Pan. Amer. med. Congress, Washington*, septembre 1894).

W. S. Gleason. Emploi de l'antitoxine dans la diphthérie consécutive à la scarlatine (*N. Y. med. rec.*, 10 novembre 1894).

W. P. Northrup. Myxœdème infantile. Deux observations (*Arch. of pediatrics*, novembre 1894).

B. F. Westbrook. Un cas de lésion neurotrophique de l'amygdale, du voile du palais et de la luette compliquant des névrites multiples (*N. Y. med. journ.*, 17 novembre 1894).

W. B. Johnson. Sarcôme palatin traité avec succès par les toxines de l'érysipèle (*N. Y. med. rec.*, 17 novembre 1894).

R. Abbe. Extirpation de la langue pour cancer; retour prompt du goût et de la parole (*Pract. of New-York*, 5 octobre; in *N. Y. med. rec.*, 17 novembre 1894).

F. Peterson. Goître exophtalmique guéri par la thyroïdectomie (*Amer. neurol. ass.*; in *N. Y. med. journ.*, 24 novembre 1894).

W. H. Marcy. Nouvel amygdalotome (*N. Y. med. journ.*, 15 décembre 1894).

E. Klebs. Etat actuel du traitement spécifique de la diphthérie (*N. Y. med. rec.*, 15 décembre 1894).

L. Fischer. L'antitoxine diphthéritique à Berlin, New-York et à l'hôpital Municipal de Philadelphie (*Amer. journ. of med. sciences*, janvier 1895).

L. Fischer et D. B. Kyle. Etude bactériologique de 4 cas de diphthérie traités au moyen de l'antitoxine à l'hôpital municipal de Philadelphie (*Amer. Journ. of med. sciences*, janvier 1895).

J. L. Heffron. Traitement de la diphthérie (*Therap. gazette*, 15 décembre 1894).

NOUVELLES

Monument à Wilhelm Meyer.

Un comité composé de MM. F. SEMON, *président*, J. R. REYNOLDS, CH. HEATH, T. BARR, H. T. BUTLIN, W. B. CHEADLE, A. E. CUMBERBATCH, W. B. DALBY, G. P. FIELD, E. E. FITZGERALD, DUNDAS GRANT, F. DE HAVILLAND HALL, GREVILLE MAC DONALD, U. PRITCHARD, E. SMITH, P. SMYLY, W. M. NEILL WHISTLER, WATSON WILLIAMS, E. CRESSWELL BABER et C. A. BALLANCE, vient de se former en Angleterre pour contribuer à élever un monument à WILHELM MEYER qui, le premier, reconnut l'existence des végétations adénoïdes, et par là a sauvé l'ontie de milliers de personnes.

Sitôt après sa mort, l'idée de l'érection d'une statue à Copenhague reçut un accueil très favorable non seulement de la part des Danois mais encore de tous les médecins étrangers.

S. A. R. la Princesse de Galles a accepté le patronage du Comité qui désire rendre hommage à son illustre compatriote.

La Municipalité de Copenhague a promis de donner un terrain, et des comités sont en formation dans presque tous les pays pour aider à la souscription à laquelle pourront contribuer les parents des nombreux enfants qui doivent à W. Meyer d'avoir recouvré la santé.

Le Trésorier du Comité Anglais est M. A. E. CUMBERBATCH, 80, Portland Place, Londres W.

Sans aucun doute, les spécialistes français applaudiront des deux mains à l'initiative du Comité anglais pour faire rendre, par ses compatriotes, les honneurs exceptionnels qui sont si légitimement dûs au premier auteur ayant écrit sur les végétations adénoïdes. Les *Annales des maladies de l'oreille* tiendront à honneur de participer à cette manifestation.

Nous reproduisons ci-après une notice consacrée à W. Meyer dans le *Journal of laryngology* de Norris Wolfenden, par le Dr HOLGEN MYGIND, de Copenhague.

H. W. Meyer naquit en 1824, à Fredericia (Danemark), résidence de son père, chirurgien dans l'armée danoise. De 1826 à 1843, M. fut élevé à Glückstadt, dans le Holstein, où le régiment de son père tenait garnison. Ensuite M. alla étudier la médecine à l'Université de Copenhague, où il travailla avec tant d'ardeur qu'il termina ses études en 1847, bien que l'on employât sept ans d'ordinaire à les faire. Il prit brillamment ses diplômes, puis il aida son père et de 1851 à 1863, alla travailler la pathologie et la thérapeutique dans les Universités et hôpitaux de Wurzburg, Prague, Vienne, Montpellier, Paris, Londres et Edimbourg. Durant ce voyage il contracta des amitiés avec nombre de médecins qui lui demeurèrent sincèrement attachés jusqu'à sa mort.

A son retour Meyer revint à Copenhague où il s'adonna à la médecine générale, et peu à peu, par la conscience et le dévouement qu'il apportait dans sa pratique, il eut une des meilleures clientèles de la ville, qu'il conserva toute sa vie.

Il est surprenant qu'un homme aussi occupé que Meyer ait trouvé le temps de se spécialiser et qu'il soit devenu un des membres les plus distingués de cette spécialité, ceci est une preuve de son activité et de

son intelligence. Notre admiration pour ce regretté confrère grandira lorsque nous saurons que c'est son bon cœur qui l'a engagé dans cette voie. M. voyait souvent dans sa clientèle des malades désespérés par une surdité, des bourdonnements ou des douleurs d'oreilles, cas que beaucoup de médecins de l'époque traitaient par des injections d'huile ou de lait dans le conduit qui ne produisaient aucune amélioration. M. chercha à s'instruire sur le diagnostic et le traitement des affections de l'oreille en parcourant les quelques ouvrages d'otologie du temps, et il devint ainsi un auriste compétent.

C'est en examinant l'oreille au point de vue pratique que Meyer fit la découverte qui restera éternellement attachée à son nom : celle des végétations adénoïdes naso-pharyngiennes. Le 22 octobre 1867, il soigna une jeune fille du Jutland, très sourde ; il remarqua que la malade ne pouvait respirer par le nez, malgré le traitement du catarrhe chronique naso-pharyngien. Il conclut que l'obstruction provenait du pharynx nasal, et en introduisant son doigt derrière le voile du palais, ce que peu de médecins avaient fait avant lui, il s'aperçut que le naso-pharynx était rempli de végétations qui furent enlevées ; à la suite de cette ablation la malade recouvra la respiration nasale. Meyer en déduisit que l'affection auriculaire avait été provoquée par ces tumeurs et par l'examen d'autres malades atteints d'affections d'oreilles, il découvrit la même maladie naso-pharyngée.

Avec une énergie et une persévérance qui lui étaient particulières, il continua ses recherches sur ces tumeurs jusqu'alors inconnues, qui avaient été, il est vrai, déjà observées par quelques chercheurs mais dont il n'existait aucune description et dont on ignorait l'importance pratique. A la fin de 1868, Meyer publia son premier article sur les végétations adénoïdes dans le journal médical danois *Hospitalstidende*. Les *Schmidts Jahrbücher* donnèrent, en 1869, une analyse de ce travail, et en 1870, M. fit paraître un mémoire plus étendu dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres*, sans que l'attention générale fut attirée sur la grande importance de l'affection. Ce n'est qu'en 1873, lorsque Meyer publia dans l'*Archiv f. Ohrenheilkunde* une description complète de l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, les suites et le traitement des végétations adénoïdes, description qui est de tous points classique et à laquelle rien d'important n'a été ajouté, que la découverte fut prise en considération et que son auteur conquist parmi les spécialistes la place qu'il conserva jusqu'à son dernier jour.

En dehors de quelques autres travaux concernant la spécialité, Meyer publia en 1884, dans l'*Archiv f. Ohrenheilkunde*, un excellent article démontrant la part importante de la nécrose des parois du tympan dans l'étiologie des suppurations tympaniques chroniques ; et il employa les années suivantes à recueillir les matériaux d'un important ouvrage sur les végétations adénoïdes. Il ne termina que le chapitre d'introduction. Sur l'âge et l'extension des végétations adénoïdes qui a paru récemment en article dans le journal danois *Hospitalstidende*.

Meyer était encore plus grand comme homme que comme médecin, car il possédait à un degré rare les qualités du cœur et de l'esprit. Sa remarquable intelligence était aidée par une mémoire surprenante, son esprit critique, souvent appliqué à ses propres œuvres, fit qu'il écrivit rarement et à contre cœur. L'article sur l'histoire de l'otologie inséré dans le Manuel de Schwartze lui a coûté un an et demi à rédiger, bien qu'il n'ait que quelques pages, mais il peut être regardé comme un modèle pour l'élégance du style et les connaissances qui y sont déployées. Meyer ne demeurait jamais inoccupé. Quand il rentrait chez lui après une dure journée de travail, qui comprenait trois ou quatre heures de consultation souvent intercalées entre trente ou quarante visites, il passait une partie de la nuit à lire des ouvrages de sciences

naturelles, de philosophie, de littérature, de religion, qui l'intéressaient fort. Il s'informait de toutes les nouveautés de l'art médical et aussi de tout ce qui se faisait en musique et en astronomie; hiver comme été il lui arrivait de passer des nuits entières au télescope. C'était aussi un linguiste accompli; lors du Congrès International de Copenhague, où il présida la section oto-laryngologique, ses confrères étrangers admirèrent l'aisance avec laquelle il parlait les trois langues officielles.

C'est surtout la noblesse de cœur de Meyer, qu'il cachait sous une grande réserve, qui gagnait ceux qu'il approchait. Sa sympathie allait d'abord à ses malades auxquels il se sacrifiait complètement. Il était aussi un ami fidèle, surtout dans l'adversité.

Meyer reçut de nombreuses marques honorifiques. En 1880, le roi de Suède lui décerna l'ordre de l'Etoile du Nord en reconnaissance de soins donnés à ses fils; en 1884, il fut nommé docteur honoraire de l'Université de Halle, et en 1894, Conseiller d'Etat danois. Il était membre honoraire de plusieurs sociétés scientifiques parmi lesquelles l'Association laryngologique Américaine et la Société de laryngologie de Londres.

Au printemps dernier Meyer eut une violente attaque d'influenza qui l'affaiblit beaucoup et à la suite de laquelle il se rendit en Italie pour se remettre. Il guérit en apparence, mais au retour à Venise il tomba malade d'une fièvre typhoïde, d'après l'avis des médecins italiens, qui abattit, en un peu plus d'une semaine, la robuste constitution de M. qui succomba le 3 juin.

Le Professeur Moos

Nous empruntons à la notice publiée dans l'*Allg. Wiener Med. Zeit.* par notre collaborateur le Dr S. SZENES (de Budapest), quelques détails bibliographiques sur le regretté Prof. S. Moos.

Moos naquit le 15 juillet 1831 à Randegg, fit ses études médicales à Heidelberg, Prague et Vienne, et vint s'établir à Heidelberg en 1856. Il se perfectionna en anatomie avec Henle, en physiologie avec Moleschott, en médecine interne avec Hasse, en chirurgie avec Chelius, puis il fut nommé docent à l'Université d'Heidelberg en 1859, à la suite de la publication d'un travail sur l'influence de l'occlusion de la veine porte sur la formation du sucre dans le foie; de nouveaux travaux lui valurent, en 1866, le titre de Professeur extraordinaire.

C'est seulement en 1876 que Moos commença à s'adonner à l'otologie, il fut nommé conseiller de cour (Hofrath) en 1889, et deux ans après Professeur honoraire. Il fut le seul otologiste allemand qui porta ce titre. Il a succombé à une courte maladie le 15 juillet 1895.

En 1874, M. publia son premier mémoire spécial intitulé: **Contribution à l'anatomie normale et pathologique et à la physiologie de la trompe d'Eustache**. Presque tous ses travaux ont paru dans les *Archiv. of otology* qu'il dirigeait avec KNAPP et dont il rédigeait l'édition allemande sous le nom de *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*.

Il faudrait plusieurs pages de ce journal pour énumérer les nombreuses contributions otologiques de Moos. Son dernier travail important, publié dans le *Manuel d'otologie de Schwartz*, concernait l'étiologie générale et les rapports des maladies générales avec les affections de l'organe auditif.

En dehors des mémoires originaux, Moos signait beaucoup d'analyses dans le *Zeits. f. Ohrenh.* et il y montrait toujours un excellent esprit critique. Il était très assidu aux Congrès et réunions d'otologistes, aux discussions desquelles il prenait une part active.

Le nom de Moos restera dans la science moderne comme celui d'un maître qui a grandement contribué à l'édification de l'otologie moderne.

Nous apprenons la mort d'un laryngologiste américain bien connu, le Dr W. C. JARVIS, de New-York, qui a succombé le 30 juillet.

Le Prof. SIEBENMANN, de Bâle, vient d'être appelé comme Professeur d'Oto-Laryngologie à Breslau, mais il a décliné cette offre.

L'Association laryngologique américaine se réunira en 1896 à Pittsburg sous la présidence du Dr H. DALY; vice-présidents : J. WRIGHT (Brooklyn) et A. W. DE ROALDES (Nouvelle-Orléans); secrétaire trésorier H. L. SWAIN (New-Haven); bibliothécaire : J. H. BRYAN (Washington).

Ont été admis comme membres de l'Association : J. E. BOYLAN (Cincinnati). Thèse : *Herpès pharyngien chronique*. — F. E. HOPKINS (New York). *Observation d'œdème du larynx*. — Th. HUBBARD (Toledo) *Traitement de la laryngite aiguë*. — J. E. H. NICHOLS. *Origine intranasale du mal de tête*.

Le Dr JUAN CISNEROS vient d'être autorisé à enseigner l'oto-rhinolaryngologie à la Faculté de médecine de Madrid.

La Société espagnole d'hydrologie médicale a décidé de faire faire une série de conférences sur les diverses spécialités. Le Dr Compaired (de Madrid), est chargé de la Pathologie et clinique hydrominérale du nez, du pharynx, du larynx et de l'oreille.

Banquet organisé par la Presse médicale française à Bordeaux le 9 août 1895 à l'occasion des Congrès médicaux.

Le 9 août 1895 a eu lieu à Bordeaux, au café du Kiosque de la Comédie, la réunion de l'Association de la Presse médicale qui, d'ordinaire, se tient en juillet à Paris.

Le banquet qui a suivi comprenait 50 convives parmi lesquels le Prof. MARAGLIANO de Gênes.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Memento formulaire de poche de nosologie et thérapeutique infantiles, par H. DAUCHEZ. (In-16 Jésus de 96 pages prix 25 fr. 50. Soc. d'Éditions Scientifiques, Paris, 1895).

Sur un nouveau soufflet pour pratiquer les douches d'air et en particulier du procédé de Politzer, par E. MORPURGO (Extrait du *Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso* n° 6, 1895).

Le sérum dans le traitement de la diphtérie, par J. DENYS (Broch. de 56 pages, A. Uyepruyt-Dieudonné éditeur, Louvain, 1895).

Nouvel appareil d'intubation laryngée simplifié par F. EGIDI (Extrait du supplément du *Policlinico*, Vol. I, n° 35, 1895).

Laryngite œdémateuse chez un enfant de 16 mois à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx. Intubation du larynx pendant 24 heures. Guérison, par BONAIN (Extrait de la *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juillet 1895).

Abcès cérébral otitique. Trépanation du crâne et évacuation de l'abcès. Guérison, par G. GRADENIGO (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.* fasc. 3, 1895).

A propos d'un cas de trachéocèle, par J. ROQUER CASADESUS (Broch. de 12 pages, F. Sanchez, éditeur, Barcelone, 1895).

L'inflammation suppurée non perforante des sinus frontaux et son traitement opératoire, par E. RICHTER (Dissertation inaugurale. Leipzig, 1895).

Les misères de l'enfance, par J. LEMOINE. (Broch. de 100 pages prix 1 fr. 50. Maloine éditeur, Paris, 1895).

Une nouvelle méthode de transplantation pour l'opération radicale des suppurations chroniques de l'oreille moyenne par PASSOW (Broch. de 10 p. avec 1 planche, Hirschwald éditeur, Berlin, 1895).

De l'utilité de la connaissance des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal pour les médecins d'enfants, par E. CHAUMIER (Imp. Tourangelle, Tours, 1895).

Anesthésie générale par le bromure d'éthyle par ARSLAN YERWANT. (Extrait *della Riv. Veneta di Scienze med.* T. XXI, 1894).

I. Sequestre osseux du conduit auditif externe gauche. — II. Un cas de rhinite dite caséuse (rhinorrhée purulente caséiforme), par Y. ARSLAN (Extraits de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* Vol. III, fasc. 3, juillet 1895).

Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale, par Y. ARSLAN (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* Vol. III, fasc. 1, janvier 1895).

Sixième réunion annuelle des otologistes et laryngologistes belges, tenue à Bruxelles, le 16 juin 1895. Compte-rendu par BUYS (Extrait du *Journ. de la Soc. Royale des Sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 13, 20 et 27 juillet 1895).

Les maladies du nez, du pharynx et du larynx, par K. STÖRK (Un vol. de 334 pages, avec 89 figures et 4 planches dans le texte, A. Hölzner, Vienne, 1895).

Le Gérant : G. MASSON.

